



# Verband der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker e.V.

## Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im VZA Verband der Zytostatika herstellenden Apothekerinnen und Apotheker e.V.:

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

.....  
Name der Apotheke

.....  
PLZ Wohnort Straße / Haus-Nr.

.....  
Tel.: Vorwahl / Festnetz FAX: Vorwahl / Nr. E-Mail-Adresse

Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des VZA an.

Hiermit ermächtige den VZA widerruflich, fällige Beiträge von folgendem Konto durch Lastschrift einzuziehen:

.....  
Kreditinstitut IBAN BIC

.....  
Konto-Nr. Konto-Inhaber

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke des VZA nach dem Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

.....  
Ort / Datum Apotheken-Stempel Unterschrift

Ich bin auf dem Gebiet der Herstellung applikationsfertiger Zytostatika oder anderer steriler Arzneiformen tätig. Zur Zeit versorge ich:

.....  
(Onkologische Einrichtung)