

ALS NEUES MITGLIED REGISTRIEREN

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 / Hausnr.****E-Mail-Adresse****Telefonnummer**

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

Onkologische Einrichtung (optional)

Ich erkenne die Satzung und Beitragsordnung des VZA an. Hiermit ermächtige ich den VZA widerruflich, fällige Beiträge von folgendem Konto durch Lastschrift einzuziehen:

Kontoinhaber/in**IBAN****BIC**

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

Mit dem Erhalt exklusiver Mitgliederinformationen (Rundschreiben, Börse u.a.) bin ich einverstanden. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort / Datum**Unterschrift**

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Senden Sie das ausgedruckte Formular unterschrieben per Post (VZA e.V., Reinhardtstraße 19 in 10117 Berlin), E-Mail (mail@vza-info.de) oder Telefax (030 280 950 72) an uns.