



WERDEN SIE VEREINSMITGLIED

Der Vorstand des Vereins „Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin“ lädt Sie dazu ein, Vereinsmitglied zu werden. CAM baut seit 1998 ein österreichisches Netzwerk aus Fachleuten, betroffenen Patientinnen und Patienten sowie weiteren Förderern auf, um sich gegenseitig durch Informationsaustausch zu unterstützen. Unser Ziel ist die Verbesserung der praktischen und juristischen Situation von Cannabis und Cannabinoiden in der medizinischen Behandlung. Wir bemühen uns gesellschaftspolitische Veränderungen anzuregen, damit das österreichische Gesundheitssystem betroffenen Patientinnen und Patienten eine adäquate Therapie mit Cannabis und Cannabinoiden zukommen lässt – ohne Stigmatisierung, ohne finanzielle Hürden und ohne Angst, kriminalisiert zu werden.

Mit Ihrer Mitgliedschaft können auch Sie unser stetig wachsendes Netzwerk bereichern und somit zur Veränderung beitragen!

Ihre Vorteile als CAM-Vereinsmitglied

- Sind Sie Patientin oder Patient bei Dr. Kurt Blaas, so erhalten Sie Cannabinoid-Rezepte um 50% günstiger (**€ 10,- statt € 20,-**)
- Kontaktherstellung mit Menschen mit ähnlichen Krankheitsbildern und Symptomatik
- Sie erhalten regelmäßig einen Newsletter, der Sie über die aktuellen Vereinstätigkeiten sowie über Neuigkeiten aus Politik und Wissenschaft informiert
- Nehmen Sie an unseren monatlichen Treffen teil, um sich mit anderen Vereinsmitgliedern und Interessierten auszutauschen
- Für Fachleuten aus Medizin und Wissenschaft besteht außerdem die Möglichkeit ordentliches Mitglied der IACM (Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin) zu werden



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied werden von: CAM oder IACM
(bitte zutreffendes ankreuzen)

Mein Jahresmitgliedsbeitrag (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Berufstätige.....50€/Jahr (mtl. 4,20€)
- Nicht Berufstätige/SchülerInnen/Studierende/
PensionistInnen/Zivil-oder Präsenzdienler.....25€/Jahr (mtl. 2,10€)
- Für juristische Personen.....100€/Jahr (mtl. 8,40€)

Herr/Frau	Titel:
Name & Vorname:	
Zusatz (z.B. Institution):	
Geburtsdatum:	
Straße & Hausnummer:	
Plz. & Ort:	
Beruf (freiwilliger Eintrag):	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Fax:	

Gewünschte Zahlungsweise (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Erlagschein
- Dauerauftrag (bitte bei Ihrer Bank einrichten): mtl. vierteljährl. halbjährl.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zwecks Erfahrungsaustausches auch anderen CAM-Mitgliedern bekannt gemacht werden

Bitte füllen Sie den Antrag aus und senden Sie ihn an:

CAM, Lindengasse 27/9-10, 1070 Wien; Fax: 01 523 14 006; E-Mail: office@cannabismedizin.at

Datum & Unterschrift: _____