

- Ja, ich möchte Mitglied werden von ARGE CAM
 Mein Jahresmitgliedsbeitrag (bitte zutreffendes ankreuzen):
- Berufstätige _____ 50€ / Jahr
- Nicht Berufstätige/Schüler*innen/Studierende/
 Pensionist*innen/Zivil-oder Präsenzdienler _____ 25€ / Jahr

Frau/Herr	Titel:
Name&Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße&Hausnummer:	
Plz&Ort:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	

Bitte füllen Sie den Antrag aus und senden Sie ihn entweder postalisch oder elektronisch an uns.

Für die Begleichung des Jahresmitgliedsbeitrages bitten wir Sie die Onlineüberweisung zu nutzen. Als Verwendungszweck geben Sie bitte „Jahresbeitrag XXXX“ ein. Die IBAN Nummer finden Sie in der Fußzeile dieses Formulars.

Auf Wunsch können Sie bei uns einen Erlagschein anfordern.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass ARGE CAM meine Daten zwecks Kontaktaufnahme/Informationsübermittlung bis auf Widerruf verarbeiten darf.

Datum & Unterschrift: _____

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€)
- Freier Eintritt zu einer von uns organisierten Cannabis-Veranstaltung im Jahr
- Mit unserer Tätigkeit streben wir fortlaufend nach weiteren Vorteilen für die Mitglieder