

Sehr geehrte Damen und Herren,

möchten auch Sie die ORTHOpress nutzen, um Ihre Kunden regelmäßig über die vielfältigen Behandlungsmethoden rund um den Bewegungsapparat zu informieren? Dann haben Sie die Möglichkeit diese, selbstverständlich individuell auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt, direkt vom herausgebenden Verlag zu beziehen. Faxen Sie das ausgefüllte Bestellformular an o. g. Nummer und schon bald beliefert Sie unser Logistiker mit der von Ihnen gewünschten Stückzahl.

**dpv deutscher patienten verlag gmbh · Elisabeth-Breuer-Str. 9 · 51065 Köln**

▶ **Ja, ich möchte ORTHOpress vierteljährlich ab Ausgabe** \_\_\_\_\_  
in einer Verpackungseinheit von

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 20 Exemplare für 9,50 Euro   | <input type="radio"/> 200 Exemplare für 31,50 Euro |
| <input type="radio"/> 50 Exemplare für 16,00 Euro  | <input type="radio"/> 250 Exemplare für 42,00 Euro |
| <input type="radio"/> 100 Exemplare für 19,00 Euro | <input type="radio"/> 300 Exemplare für 47,00 Euro |
| <input type="radio"/> 150 Exemplare für 23,50 Euro | <input type="radio"/> 500 Exemplare für 75,00 Euro |

(Weitere Verpackungseinheiten auf Anfrage!)

**pro Quartal inklusive 19 % Mehrwertsteuer bestellen.** (Zutreffendes bitte ankreuzen) Die Zeitschrift ist dabei völlig kostenlos, Sie zahlen nur die Transport- und Verpackungspauschale. **Bei Vorauszahlung gewähren wir**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> für ein halbes Jahr 2,5 % Rabatt | <input type="radio"/> für ein ganzes Jahr 6 % Rabatt |
|--|--|

▶ **Zahlungswunsch**

- PayPal (info@orthopress.de)
- Per SEPA-Lastschriftzugang - Bequem und bargeldlos**  
**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000494778**

Ich ermächtige die deutscher patienten verlag gmbh Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der deutscher patienten verlag gmbh auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Bankverbindung**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

- Ich zahle per Rechnung nach jeder Lieferung  
(bitte **keine Vorauszahlung** leisten – Rechnung abwarten)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Kündigung mindestens 4 Wochen vor der nächsten Rechnungsstellung (maßgebend hierfür ist das Quartal des Bezugbeginns- bitte bei rückwirkender Bestellung beachten!!!) bei dpv deutscher patienten verlag gmbh eingehen wird, da sich mein Abonnement sonst um jeweils ein Jahr verlängert.

*–bei Widerruf können bereits gezahlte Beträge nicht zurückerstattet werden–*

▶ **Persönliche Daten**

Firma: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ. Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

*Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen*

Stempel: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

