Bestellcoupon Fax-Nr.: 0221-940 82-11

ORTHOpress®

Persönliche Daten

Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Firma: _____

Name, Vorname: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Bitte liefern Sie mir ab der Ausgabe _____ das ***vierteljährlich*** erscheinende Informationsmagazin ORTHOpress im **Abonnement** zu einem Jahresbeitrag von **€ 17,50**.

Bitte liefern Sie mir folgende **Einzelhefte** zum Preis von je **€ 5,00** (Versand- und Bearbeitungsgebühren): _____

Zahlungswunsch

- ○ **PayPal /info@orthopress.de**
- ○ **Per SEPA-Lastschriftmandat – Bequem und bargeldlos (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)**

Bei Abo
Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Kündigung des Abonnements 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 muss, da sich das Abonnement sonst um jeweils ein Jahr verlängert.

Datum, Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000494778
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): | | | | | | | | | | |

Ich ermächtige die dpv deutscher patienten verlag gmbh, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der dpv 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: _____

D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
IBAN

| | | | | | | | | | | |
BIC (8 oder 11 Stellen)

Datum, Unterschrift: _____