

→ **Persönliche Daten:**

Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen

Firma: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

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 Einzelexemplare zum Endpreis von **€ 5,00** (Versand- und Bearbeitungsgebühren) pro Expl.:

→ **Zahlungswunsch:**

- Durch Lastschriftinzugsverfahren** - Bequem und bargeldlos

Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Hiermit ermächtige ich die dpv deutscher patienten verlag gmbh, Elisabeth-Breuer-Str. 9, 51065 Köln den oben angegebenen Betrag von meinem Konto einzuziehen.

Bei Abo:

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.

Datum, Unterschrift: _____