

▶ **Persönliche Daten***Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen*

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

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

▶ **Zahlungswunsch**

- PayPal /info@orthopress.de
- Per SEPA-Lastschriftinzug - 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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

