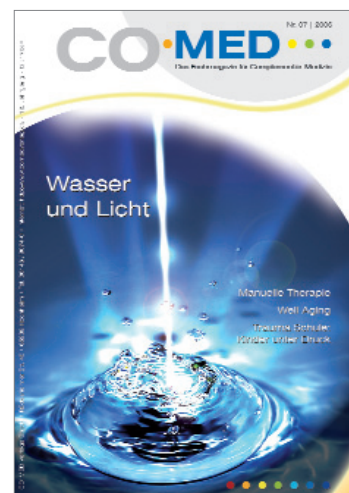


# Abonnement Bestellschein<sup>KP</sup>

CO'MED Verlagsgesellschaft mbH  
Rüdesheimer Str. 40

65239 Hochheim

**Fax - Nummer: 0 61 46 - 9074-44**



Vorname		Name	
Straße			
PLZ	Ort		Email
Telefon		Fax	

- Arzt/Ärztin
- Zahnarzt/Zahnärztin
- Heilpraktiker/in
- HPA
- Sonstige

**Ja**, ich bestelle ab sofort das Fachmagazin **CO'MED**. Das Jahresabonnement (12 Hefte) kostet EUR 80,- zzgl. EUR 10,- Porto (*Ausland EUR 85,- zzgl. EUR 20,- Porto*). Das Abonnement gilt zunächst für 1 Jahr. Wenn es nicht spätestens 6 Wochen vor Ablauf der Bezugszeit gekündigt wird, verlängert es sich automatisch um ein weiteres Jahr.

## Ich wünsche folgende Zahlungsweise:

Bargeldlos und bequem durch Bankeinzug.

BLZ

Konto-Nr.

Geldinstitut

Gegen Rechnung.

Datum, Unterschrift

**Vertrauensgarantie:** Mir ist bekannt, daß ich diese Bestellung innerh. von 8 Tagen (Datum Poststempel) widerrufen kann und bestätige dies durch meine Unterschrift:

Unterschrift

**CO-MED**  
Der Fachverlag für Complementary-Medizin

Rüdesheimer Str. 40 • 65239 Hochheim  
Tel. (0 61 46) 9074-0  
Fax (0 61 46) 9074-44  
e-Mail: [verlag@comedverlag.de](mailto:verlag@comedverlag.de)  
<http://www.comedverlag.de>