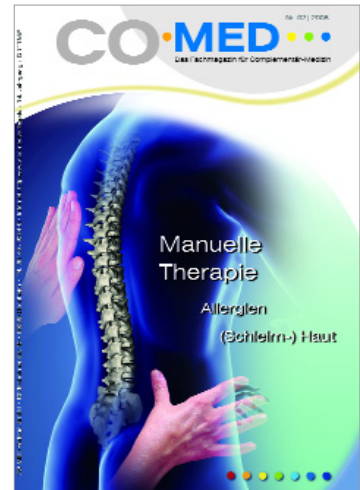


Abonnement Bestellschein Schnupper KP

CO'MED Verlagsgesellschaft mbH
Rüdesheimer Str. 40
65239 Hochheim

Fax - Nummer: 06146 / 9074-44



Vorname		Name	
Straße			
PLZ		Ort	
Telefon		Fax	

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

- Ja**, ich bestelle ab sofort das Fachmagazin **CO'MED**. Das Schnupper-Abonnement (3 Hefte) kostet EUR 15,- zzgl. EUR 3,- Porto. Wenn es nicht spätestens nach Erhalt des 2. Heftes gekündigt wird, verlängert es sich um jeweils 1 weiteres Jahr zu unserem regulären Preis von EUR 80,- zuzügl. EUR 10,- Porto.

Ich wünsche folgende Zahlungsweise:

- Bargeldlos und bequem durch Bankeinzug. Bitte schicken Sie mir als Dankeschön für den Bankeinzug ein interessantes Buch.

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 Komplementär-Medizin

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