

Per Brief oder als Faxantwort an 0 89 / 7 23 88 73

ZBV München Stadt und Land, Fallstr. 34, 81369 München

ZBV München
Herr Cosboth
Fallstr. 34
81369 München

Abonnement des Zahnärztlichen Anzeigers

Hiermit bestelle/n ich/wir verbindlich

ab der nächstmöglichen Ausgabe

Jahresabonnement 12 Ausgaben / Jahr (€ 35,00 zzgl. MwSt. und
Versandkosten)

____ Ausgaben

Einzelheft € 3,00 zzgl. MwSt. und Versandkosten (*Mindestbestellmenge: drei Ausgaben!*)

Kundenname:

Adresse:

E-Mail/Telefon:

Einzugsermächtigung (*Die Bezahlung ist nur per Lastschrift möglich.*)

Die Bezahlung erfolgt per Lastschrift. Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie bis auf Widerruf,
den von mir/uns zu entrichtenden Betrag zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen

Eine Rechnung wird automatisch zugesandt.

WOK Werbeservice und Offsetdruck GmbH (WOK), Hans-Pinsel-Str. 10b, 85540 Haar

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000896364

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich WOK i.A. des Zahnärztlichen Bezirksverbandes München
Stadt und Land, den Anzeigenpreis von meinem nachfolgend genannten Konto mittels Lastschrift
einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von WOK auf mein Konto gezogenen
Lastschriften einzulösen.

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Datum/Unterschrift:

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.