ANZEIGENBUCHUNG bevorzugt online unter www.zbvmuc.de

ZBV München Stadt und Land · Georg-Hallmaier-Str. 6 · 81369 München · Fax: 089-723 88 73 · anzeigen@zbvmuc.de

Bitte kreuzen Sie Ihren gewünschten Erscheinungstermin für folgende Ausgabe/n an und wählen Sie die Rubrik, unter der Ihre Anzeige erscheinen soll. Wählen Sie bitte Ihr Anzeigenformat.

☐ Nr. 11	Anzeigenschluss: 27.09.2023	Erscheinungstermin: 09.10.2023	☐ Stellengesuch	☐ Stellenangebot	☐ Verschiedenes
☐ Nr. 12	Anzeigenschluss: 25.10.2023	Erscheinungstermin: 06.11.2023	☐ Stellengesuch	☐ Stellenangebot	☐ Verschiedenes
☐ Nr. 13	Anzeigenschluss: 22.11.2023	Erscheinungstermin: 04.12.2023	☐ Stellengesuch	☐ Stellenangebot	☐ Verschiedenes

Termine werden regelmäßig aktualisiert und können vorab unter www.zbvmuc.de eingesehen werden.

Größe	Stellengesuch	andere Rubriken
☐ 85 x 30 mm	69,00 €	105,00 €
☐ 85 x 47 mm	99,00 €	140,00 €
☐ 85 x 64 mm	119,00 €	159,00 €
☐ 85 x 81 mm	149,00 €	195,00 €
☐ 85 x 98 mm	169,00 €	229,00 €
☐ 85 x 115 mm	188,00 €	250,00 €
☐ 85 x 132 mm (1/4)	208,00 €	278,00 €
☐ 175 x 132 mm (1/2)	-	439,00 €
☐ 175 x 268 mm (1/1)	-	697,00 €

- ☐ Sonderplatzierung Umschlagseite 4, + 10%
- ☐ Chiffre 15,00 €
- ☐ Farbaufschlag 4c Anzeigen + 10% (Standard sw)
- ☐ Andere, individuelle Schriftart + 10%
- ☐ Autorkorrekturen 65 €/Std.
- ☐ Logoplatzierung 15,00 €
- ☐ Korrekturabzug 5,00 €

Bei nicht angefordertem oder termingerecht freigegebenem Korrekturabzug übernehmen wir keine Haftung für etwaige Satzfehler.

Kein Umsatzsteuerausweis, weil kein Unternehmer (§4 KStG i.V.m. §27 Abs. 22 UStG und §2 Abs.3 UStG a.F.)

Bitte geben Sie hier Ihren Anzeigentext deutlich in Druckbuchstaben ein.
Bitte beachten Sie, dass bei einer Anzeigengröße von 85 x 30 mm der maximale Textumfang 180 Zeichen, bei maximal 6 Zeilen beträgt.

Kundenname/Kd.Nr. _____

Adresse _____

E-Mail/Telefon _____

Zahnärztlicher Bezirksverband München
Stadt und Land
Georg-Hallmaier-Str. 6, 81369 München
Gläubiger-Identifikationsnr.:
DE87ZZZ00000534910

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

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Unterschrift und Stempel: _____

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.