APOTHEKER KAMMER BERLIN

PZ PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG
DIE ZEITSCHRIFT DER DEUTSCHEN APOTHEKER

AKTION NUR FÜR MITGLIEDER DER APOTHEKERKAMMER BERLIN

FAXBESTELLUNG AN 06196 928-259
AKTIONSZEICHEN: PZ FÜR KAMMER-MITGLIEDER

Bestellen Sie als Mitglied der Apothekerkammer Berlin die Pharmazeutische Zeitung **zum Aktionspreis!**

Deutschlands größte Zeitschrift für Apotheker*

☐ Ja, ich möchte das Angebot der Apothekerkammer Berlin nutzen und die Pharmazeutische Zeitung unbefristet zu einem Jahresbezugspreis von 132,60 € (inkl. Versandkosten) bestellen.

Die Mindestbezugszeit für ein Abonnement beträgt, soweit nicht im Einzelfall anders vereinbart, ein Jahr ab Zustandekommen des Vertrags.

Eine Kündigung innerhalb der Mindestbezugszeit ist ausgeschlossen. Nach Ablauf der Mindestbezugszeit verlängert sich die Bezugszeit jeweils um ein weiteres Jahr, sofern nicht vier Wochen vor Ablauf der Mindestbezugszeit bzw. der Vertragslaufzeit schriftlich gekündigt wurde. Das Recht beider Parteien, den Vertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen, bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere bei Zahlungsverzug vor. Die Kündigung hat in jedem Fall schriftlich zu erfolgen.

* LA-PHARM 2020 Gesamtreichweite LpA

ABSENDER:

Apotheke

Name

Straße

Postleitzahl | Ort

Telefon

Kundennummer

VERTRAUENSGARANTIE: Ich bin darüber informiert, dass ich diese Bestellung innerhalb von zwei Wochen durch schriftliche Erklärung gegenüber der Avoxa Mediengruppe, Postfach 5240, 65727 Eschborn, widerrufen kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT
mit späterer Mitteilung der Mandatsreferenz

Avoxa – Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH
Gläubigeridentifikationsnummer: DE28VOX00000371169
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

EINZUGSERMÄCHTIGUNG: Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Avoxa – Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Avoxa – Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

HINWEIS: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Vorname (Kontoinhaber)

Kreditinstitut

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort | Datum Unterschrift Kontoinhaber

Kundenservice| Telefon 06196 928-246 | Fax 0 6196 928-259 | zeitschriften@avoxa.de
Avoxa – Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH | Apothekerhaus Eschborn | Carl-Mannich-Straße 26 | 65760 Eschborn
Stand 25. Oktober 2022
Amtsgericht Frankfurt am Main HRB 9085 | Geschäftsführer Metin Ergül, Peter Steinke | Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, einsehbar unter avoxa.de.