

# PRENUMERATA

Aby zamówić prenumeratę, wypełnij poniższy formularz i wyślij go faksem

**asysta**  
dentystyczna

Tak, zamawiam prenumeratę czasopisma w liczbie..... egz.

Prenumerata  
roczna **80 zł**   
(w tym 5% VAT)

Prenumerata  
dwuletnia **140 zł**   
(w tym 5% VAT)

Prenumerata  
studencka roczna **56 zł**

Prenumerata  
studencka dwuletnia **98 zł**

OSOBA ZAMAWIAJĄCA .....

## Dane do faktury

NIP

NAZWA FIRMY\* .....

IMIĘ I NAZWISKO .....

ULICA .....

KOD ..... MIASTO ..... WOJEWÓDZTWO .....

TEL. .... FAX .....

E-MAIL .....

(\*osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej nie wypełnia)

.....  
pieczęć firmowa

.....  
data i podpis

## Adres do korespondencji (jeżeli jest inny)

NAZWA FIRMY/IMIĘ I NAZWISKO .....

ULICA .....

KOD ..... MIASTO ..... WOJEWÓDZTWO .....

TEL. .... FAX .....

E-MAIL .....

Oświadczam, że jestem płatnikiem/nie jestem płatnikiem\*\* VAT i upoważniam Wydawnictwo Elamed do wystawienia faktury VAT po dokonaniu wpłaty bez podpisu odbiorcy (\*\*niepotrzebne skreślić)

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie danych Wydawnictwa Elamed oraz na ich przetwarzanie zgodnie z treścią Ustawy o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. (Dz.U. 133, poz. 88) wyłącznie dla potrzeb marketingowych wydawnictwa.

Na wszelkie pytania w sprawie prenumerat odpowiedzi udzieli Państwu Dział Prenumeraty.

wyślij fax na numer **32 788 51 49**

a następnie dokonaj wpłaty na konto:

PKO BP S.A. I o/KATOWICE 29 1020 2313 0000 3502 0021 3009

[www.prenumerata.elamed.pl](http://www.prenumerata.elamed.pl)



PRZEDSIĘBIORSTWO  
**FAIR PLAY**  
2011

**Wydawnictwo Elamed**  
40-203 Katowice  
al. Roździeńskiego 188

**DZIAŁ  
PRENUMERATY:**

tel. 32 788 51 19

fax 32 788 51 49

Infolinia:  
801 88 89 80

[prenumerata@elamed.pl](mailto:prenumerata@elamed.pl)