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

TPS
TWÓJ PRZEGLĄD STOMATOLOGICZNY

CENA PRENUMERATY 175 PLN (w tym 5% VAT)

Płatne na podstawie faktury proforma dołączonej do pierwszego numeru. Przedłużenie prenumeraty na kolejny rok następuje automatycznie i nie wymaga odrębnego zamówienia. Wydawca gwarantuje subskrybentom możliwość rezygnacji z prenumeraty w dowolnym momencie oraz zwrot kwoty za nieotrzymane numery.

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 .....

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

tel. 32 788 52 65 lub 32 788 51 19

Poniższy formularz proszę przesłać faksem 32 203 93 56
lub pocztą na adres

Dział Prenumeraty, Wydawnictwo Elamed
40-203 Katowice, al. Roździeńskiego 188

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