

Anmeldung

Meine Anschrift:

(Stempel)

Apotheke

Name Vorname

Straße PLZ/Ort

Telefon Fax

E-Mail @

Vertrauens-Garantie: Ich bin darüber informiert, dass ich diese Bestellung binnen zwei Wochen, ab Zugang der Ware, durch schriftliche Erklärung gegenüber der DAN Netzwerk Deutschen Apotheker, Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart, widerrufen kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Datum/Unterschrift

Kundenbetreuer/in:

Name Vorname

Telefon Mobil

Hiermit nehme ich an @apotheke.de teil und bestelle meine Internetpräsenz bei @apotheke.de zum Komplettpreis von monatlichen € 16,80 zzgl. MwSt.

Über das Widerrufsrecht bin ich informiert worden. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn ich nicht innerhalb einer Frist von 4 Wochen zum Laufzeitende kündige.

Startdatum: . . 20

Bequem mit Bankeinzug bezahlen!

Ermächtigung von Forderungen

Ich (wir) ermächtige(n) die Firma DAN Netzwerk Deutscher Apotheker Stuttgart widerruflich, sämtliche von mir (uns) zu entrichtenden Rechnungsbeträge aus Leistungen bei Fälligkeit zu Lasten meines (unseres) Kontos im Lastschriftverfahren einzuziehen.

Konto-Nummer

Bank und Bankort

Bankleitzahl

Datum/Unterschrift

Rechnungen werden bei Fälligkeit von Ihrem Konto abgebucht, Gutschriften werden verrechnet. Die Daten der Kontobelastung werden von Ihrer Bank auf dem Kontoauszug genannt.

DAN Netzwerk Deutscher Apotheker

Birkenwaldstraße 44 • 70191 Stuttgart
Telefon: 07 11 25 82-155 • Fax: 07 11 25 82-390
Internet: www.apotheke.de
E-Mail: portal@apotheke.de

Verlagsgruppe Deutscher Apotheker Verlag



Deutscher
Apotheker Verlag



PHARMATECHNIK
Die neue Welt der Apotheke



Alles in Ihrer Nähe



VSA-Unternehmensgruppe
Partnerschaft mit System

