

Gesicherter Tropimed® Bestellschein

Ich möchte Tropimed® bestellen (Einzellizenz)

1. Persönliche Angaben (*Pflichtfeld):

Firma

Name*

Vorname*

Adresse*

Ort*

Bundesland/Kanton

PLZ*

Land*

E-Mail*

Telefon

Fax

2. Währung, Lieferung und Zahlungsbedingungen (*Pflichtfeld):

Wählen Sie Ihre Währung*

CD-ROM-Versand*

Jahresabonnement

Versandkosten

Gesamtbetrag

Rabatt-Code

Zahlungsart:

Scheck (auf Tropimed ausgestellt)

Überweisung (siehe unten stehende Angaben)

Kreditkarte

VISA

MASTERCARD

Karteninhaber

Kartenummer

Gültig bis (MM/JJ)

Unterschrift _____ Datum _____

Bitte vervollständigen Sie das Formular
und senden Sie es zurück an:
TROPIMED c/o Astral AG
Postfach 142
CH-1211 Genf - Schweiz
oder per Fax an: 0041 22 718 96 41

Bankangaben für Überweisung:

UBS AG

Kontonummer:

IBAN-Nummer:

BIC: UBSWCHZH 80A