

Gesicherter Tropimed® Bestellschein

Ich möchte mein Tropimed- Abonnement erneuern (Einzellizenz)

1. Persönliche Angaben (*Pflichtfeld):

Firma

Name

Vorname

Adresse

Ort

Bundesland/Kanton

PLZ

Land

E-Mail*

Kundennummer*

Tropimed® Internet-Passwort*

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)

Rechnung

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