



# Gesichrter OFIS ABONNEMENTSERNEUERUNG

Ich möchte mein OFIS Abonnement erneuern (Einzellizenz)

## 1. Persönliche Angaben (\*Obligatorisches Feld):

Firma

Name

Vorname\*

Adresse

Ort

Bundesland/Kanton

PLZ

Land

E-mail\*

Kundennummer\*

Passwort\*

## 2. Währung, Lieferung und Zahlungsbedingungen (\*Obligatorisches Feld):

Rabatt-Code

Wählen Sie Ihre Währung\*

**Gesamtbetrag**

*(MWST nicht inbegriffen)*

### Zahlungsart\*:

Scheck (auf ASTRAL ausgestellt)

Überweisung (siehe untenstehende Angaben)

Rechnung

Kreditkarte

VISA

MASTERCARD

Karteninhaber

Kartenummer

Gültig bis (mm/aa)

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