



### Bestellformular WIR.Heilpraktiker

Diese Fachzeitschrift kann ausschließlich von medizinischen Fachkreisen abonniert werden. Bitte übersenden Sie uns einen entsprechenden Beleg!

/\_\_/\_/ Ich bestelle zur regelmäßigen Lieferung die Zeitschrift WIR.Heilpraktiker zum Preis von derzeit 4,50 € inklusive MwSt zuzüglich Versandkosten (1,00 € innerhalb Deutschlands/3,25 € Ausland) pro Ausgabe. Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt ein Jahr.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Ich zahle per SEPA-Lastschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 69 FHP 0000 0477 034

Ich ermächtige den „Freie Heilpraktiker e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem „Freie Heilpraktiker e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_