

Fax an: 0049/89 85 853 888

Absender:

(bitte Ausfüllen und drucken
oder drucken und in Druckschrift ausfüllen oder Stempel)

InTime Services GmbH
Abo-Verwaltung
Bajuwarenring 14
Postfach 1230

D - 82041 Oberhaching

Vorname _____

Nachname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ _____

Ort _____

Telefon Nr. _____

(für evtl. Rückfragen)

Abonnement/s der Zeitschrift „der dialysepatient“

Ich/Wir bestelle/n ab Ausgabe _____

_____ Abonnement/s der der Zeitschrift

„der dialysepatient“

zum Preis von jährlich (8 Ausgaben) € 33,20

Ich zahle nach Erhalt der Rechnung

.....
Datum

Unterschrift