

Besteller (Rechnungsadresse)

- Name.....Vorname.....
- Institution.....
- Anschrift.....
- Tel/Fax.....Mail(Abo-Empfänger).....

Abo-Tarif (bitte ankreuzen)

- **Einzelabo** (50,- Euro/Monat)
- **Doppelabo** (75,- Euro/Monat)
- **Unternehmensabo** (150,- Euro/Monat)
- **Komplettabo** (500,- Euro/Monat)
(GPB + Service-Dateien zur eigenen Verwendung in *geschlossenen* Nutzerbereichen)

(Abo-Preise verstehen sich jeweils zzgl. 7% Mehrwertsteuer)

Rechnung (bitte ankreuzen)

- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Kündigung

- Der GesundheitsPolitische Brief ist jeweils zum Monatsende kündbar. Überbezahlungen werden erstattet.

Datum & Unterschrift

- Datum.....Unterschrift.....

Bitte per Post oder Fax zurücksenden an

GesundheitsPolitischer Brief (GPB)
Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11, 10823 Berlin

Tel/Fax: 030 784 41 92