

Besteller (Rechnungsadresse)

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

Abo-Tarif (bitte ankreuzen)

- **Einzelabo** (50,- Euro/Monat)
- **Doppelabo** (75,- Euro/Monat)
- **Unternehmensabo** (250,- Euro/Monat)
- **word-Abo** zur eigenen Weiterbearbeitung (500,- Euro/Monat)
- **Komplettabo** (750,- Euro/Monat)
(GPB + Service-Dateien zur eigenen Verwendung in *geschlossenen* Nutzerbereichen)

(Abo-Preise verstehen sich jeweils zzgl. 19% Mehrwertsteuer)

Rechnung (bitte ankreuzen)

- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Kündigung

- Der GesundheitsPolitische Brief ist jeweils zum Monatsende kündbar.

Datum & Unterschrift

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

Bitte per Post oder Fax zurücksenden an

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

Fax: 030 / 5483 6798