

CRM Handbuch Reisemedizin

- Einzelausgabe: 64,90 € (inkl. MwSt., zzgl. 4,90 € Versandkostenpauschale)
- Abonnement CRM Handbuch Reisemedizin*
+ CRM updates (PDF):
Abopreis pro Bezugsjahr: 79,90 € (inkl. MwSt., zzgl. 4,90 € Versandkostenpauschale)

Auch als E-Book erhältlich



CRM Handbuch Reisen mit Risiko

- Einzelausgabe: 54,90 € (inkl. MwSt., zzgl. 4,90 € Versandkostenpauschale)
- Abonnement CRM Handbuch Reisen mit Risiko*
Abopreis pro Bezugsjahr: 49,90 € (inkl. MwSt., zzgl. 4,90 € Versandkostenpauschale)

Auch als E-Book erhältlich



CRM travel.DOC

- Das reisemedizinische Dokumentations- und Beratungssystem
 - Regelmäßige Aktualisierung
 - 1 x jährlich Programm-Update als Download

Lizenzgebühr pro Bezugsjahr*: 178,80 € (inkl. MwSt., gilt für je einen niedergelassenen Arzt oder eine Apotheke. Für Mehrfachlizenzen kontaktieren Sie uns).

*Das Abonnement gilt zunächst bis zum 31.12. des Jahres. Es verlängert sich jeweils um 1 Jahr, wenn es nicht 3 Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt wird. Die Zahlungen erfolgen jeweils im Voraus. Die Preise beziehen sich auf den Versand in Deutschland. Bei Anfragen aus dem Ausland wenden Sie sich bitte an den Kundenservice Tel. 0211 / 904 29-55 oder E-Mail: kundenservice@crm.de



Bildschirm © Theme

Bitte vergessen Sie bei Ihrer Bestellung nicht, die gewünschten Produkte anzukreuzen. Herzlichen Dank!

Widerrufsrecht:
Ich weiß, dass ich diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme des Widerrufs.

Hiermit bestelle/n ich/wir die oben angekreuzten Produkte:

Praxis, Apotheke, Firma _____
Titel/Zusatzbezeichnung _____
Name, Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____ Telefax _____
 Datum/Unterschrift _____

Firmenbezeichnung/Vorname und Name (Kontoinhaber) _____
Zahlungsweise: Überweisung nach Rechnungserhalt vom Konto abbuchen
DE _____

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.
*SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die CRM Centrum für Reisemedizin GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000060789

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH | Hansaallee 299 | 40549 Düsseldorf | www.crm.de

abweichende Lieferanschrift

Praxis, Apotheke, Firma _____
Name, Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
E-Mail (erforderlich für Login – daher bitte unbedingt angeben) _____

Newsletter-Anmeldung

- Ich möchte den Newsletter CRM spot mit aktuellen Meldungen zu reisemedizinischen Themen sowie Informationen zu Produkten und Dienstleistungen der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH und ausgewählter Kooperationspartner aus der Gesundheitsbranche regelmäßig (ca. 4x im Monat) erhalten. Versand und anonyme Auswertung des Newsletters erfolgen über unseren Dienstleister. Ich stimme der Verwendung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten hierfür zu. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, indem ich den Link **Abmelden** am Ende des Newsletters anklicke.

Datum/Unterschrift _____ E-Mail _____

Oder melden Sie sich online an unter www.crm.de/newsletter

