

Ja, ich möchte die apnea-x regelmäßig unkompliziert per Post erhalten.

Bitte senden Sie die apnea-x ein Jahr lang an

Firma _____

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____

Rechnungs-Anschrift (falls abweichend)

Firma _____

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Einzugsermächtigung

Bitte ziehen Sie den Betrag von € 10.- für 4 Ausgaben + € 10.- für Porto und Verpackung jährlich von folgendem Konto ein

Konto-Inhaber:

Name _____

Vorname _____

Kreditinstitut _____

Konto-Nr. _____

BLZ _____

Unterschrift des Konto-Inhabers _____

Sollte ich nicht bis spätestens 30 Tage vor Ablauf schriftlich kündigen, verlängert sich das Abo automatisch um ein weiteres Jahr. Ich erhalte dann weitere 4 Ausgaben zum aktuellen Preis.

Datum _____

Unterschrift _____