

Hiermit beantrage ich die folgende Mitgliedschaft als

Arzt  Apotheker

## CRM travel.NET

Die solide Basis für jeden reisemedizinischen Berater

CRM travel.NET

Mitgliedsbeitrag 27,90 €/Monat  
(inkl. MwSt. zzgl. 4,90 € Versandkosten)

Das Abonnement läuft nach Bestelleingang mindestens 12 Monate und kann anschließend jederzeit mit dreimonatiger Frist zum Kalenderjahresende gekündigt werden. Die Rechnungsstellung erfolgt jeweils jährlich im Voraus. Die Preise beziehen sich auf den Versand in Deutschland. Bei Anfragen aus dem Ausland wenden Sie sich bitte an unseren Kundenservice unter der Telefonnummer 0211 / 904 29 -55 oder per E-Mail an kundenservice@crm.de.

## CRM travel.NET <sup>plus</sup>

Mehr Service geht nicht!

CRM travel.NET <sup>plus</sup>

Mitgliedsbeitrag 39,90 €/Monat\*  
(inkl. MwSt. zzgl. 4,90 € Versandkosten)  
Vertragslaufzeit mind. 24 Monate

Das Abonnement läuft nach Bestelleingang mindestens zwei Jahre (24 Monate) und kann anschließend jederzeit mit dreimonatiger Frist zum Vertragsjahresende gekündigt werden. Die Rechnungsstellung erfolgt jeweils jährlich im Voraus. Die Preise beziehen sich auf den Versand in Deutschland. Bei Anfragen aus dem Ausland wenden Sie sich bitte an unseren Kundenservice unter der Telefonnummer 0211 / 904 29 -55 oder per E-Mail an kundenservice@crm.de.

CRM travel.TAB\*

Modell\*:

Zuzahlung: \_\_\_\_\_ €

\*Bitte wählen Sie ein Gerät aus der aktuellen Liste, diese finden Sie unter <http://travelnet.crm.de>

### Hiermit bestätige ich die Mitgliedschaft

Praxis, Apotheke, Firma

Titel/Zusatzbezeichnung

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

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: DE702ZZ00000060789

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH | Hansaallee 299 | 40549 Düsseldorf | [www.crm.de](http://www.crm.de)

### abweichende Rechnungsanschrift

Praxis, Apotheke, Firma

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail (erforderlich für Login – daher bitte unbedingt angeben)

Ja, ich möchte Ihren kostenlosen Newsletter CRM spot abonnieren.

Firmenbezeichnung/Vorname und Name (Kontoinhaber)

Datum/Unterschrift



CRM Centrum für Reisemedizin