

Hiermit beantrage ich die folgende Mitgliedschaft als

Arzt  Apotheker

## CRM travel.NET

Die solide Basis für jeden reisemedizinischen Berater

CRM travel.NET

Mitgliedsbeitrag 29,90 €/Monat (inkl. MwSt.)  
(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 \_\_\_\_\_  
 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: DE70ZZ00000060789

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

