

An den  
Deutschen Fachverband Reisemedizin e.V.

Fax 0211-520 25 83

## Bestellformular Manual „Qualitätszirkel Reisemedizin“

des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin e.V.

Hiermit bestelle ich ..... Exemplar(e) des Manuals „Qualitätszirkel Reisemedizin“.

(Einzelpreis inkl. Versand: 20 € für Mitglieder des DFR, 30 € für Nichtmitglieder)

Ich bin Mitglied des DFR (Mitgliedsnummer .....)

Ich bin nicht Mitglied des DFR

.....  
Name Vorname, Titel

.....  
Facharzt (Gebiets-)bezeichnung(en)

.....  
Straße PLZ Ort

.....  
Telefon Fax

Den Rechnungsbetrag werde ich nach Erhalt der Rechnung überweisen.

Bitte buchen Sie den Rechnungsbetrag von folgendem Konto ab:

.....  
Kontoinhaber

.....  
Konto-Nr. BLZ

.....  
Bank

.....  
Ort, Datum Unterschrift