



## Ich bestelle den Apotheken Gesundheitskalender wie folgt:

Apotheken Gesundheitskalender 2021  Dauerbestellung (bis auf Widerruf)

.  Stk.

|                           | Kleine Apotheken |             | Mittlere Apotheken |               | Große Apotheken |
|---------------------------|------------------|-------------|--------------------|---------------|-----------------|
| <b>Stückzahl</b>          | 100 - 500        | 600 - 1.000 | 1.100 - 1.500      | 1.600 - 2.000 | ab 2.100        |
| <b>Stückpreis (netto)</b> | 70 Cent          | 65 Cent     | 60 Cent            | 55 Cent       | 50 Cent         |
| <b>Transportkosten</b>    | 10 Euro          | kostenlos   | kostenlos          | kostenlos     | kostenlos       |

**Bestellbedingungen:** Bestellung nur in Paketen zu je 100 Stück möglich. Mindestbestellmenge: 100 Stück  
**Bestellannahme:** Die Bestellung gilt erst mit Bestätigung durch den Pharma-Time Verlag als angenommen.  
**Verrechnung:** Die Verrechnung erfolgt auf Rechnung nach Lieferung.  
**Lieferung:** Die Lieferung erfolgt Ende November / Anfang Dezember 2020 durch unsere Logistik-Partner.  
**Dauerbestellungen:** Änderungen & Kündigung bis 31. August des jeweiligen Kalenderjahres an office@ptv.co.at möglich.

## Eindruck Ihrer Kontaktdaten

Der Apotheken Gesundheitskalender hat an der unteren Kante eine herausklappbare Flappe für Ihre Apotheken-Kontaktdaten. **Ab einer Bestellmenge von 1.000 Stück** personalisieren wir Ihre Exemplare gegen einen geringen Aufpreis nach Ihren Vorgaben mit dem Apothekennamen, Kontaktdaten etc. in schwarzer Farbe. Senden Sie uns dazu Ihren Text-Wunsch an office@ptv.co.at.

**Ja**, ich bestelle den Eindruck der Apotheken-Kontaktdaten um zusätzlich 15 Cent/Stk. (zzgl. 20% MwSt.).

### Bitte vollständig ausfüllen:

|                               |  |                               |
|-------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="text" value=""/> | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau  | <input type="text" value=""/> |
| Apothekename *                | Titel  |                               |
| <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/>  |                               |
| Adresse *                     | BestellerIn *  |                               |
| <input type="text" value=""/> | <p>Hiermit bestätige ich, dass meine personenbezogenen Daten – nämlich Titel und Name – zu Beleg-, Service- und Informationszwecken vom Unternehmen Pharma-Time Verlags GmbH gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit per Email an datenschutz@ptv.co.at widerrufen werden. Unsere Datenschutzerklärung ist unter <a href="http://www.ptv.co.at/datenschutz">www.ptv.co.at/datenschutz</a> abrufbar.</p> |                               |
| PLZ, Ort *                    |  |                               |
| <input type="text" value=""/> |  |                               |
| Telefonnummer *               |  |                               |
| <input type="text" value=""/> | <p>Apothekenstempel, Datum &amp; Unterschrift *</p>  |                               |
| Emailadresse*                 |  |                               |
| <input type="text" value=""/> |  |                               |
| UID-Nummer                    |  |                               |

Ich habe die AGB ([www.ptv.co.at/agb](http://www.ptv.co.at/agb)) gelesen und anerkannt.\*

Bitte senden Sie Ihre verbindliche Bestellung an:  
**Fax: 01/944 30 30 40** oder **office@ptv.co.at**

