

## Abonnement „KV-Intern“

Monatliche Publikation der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

- Ich erkläre mich bereit, die monatliche Publikation der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg „KV-Intern“ zu einem jährlichen Bezugspreis von 30,00 Euro inkl. Versandkosten und der derzeit geltenden Umsatzsteuer zu abonnieren.

### Vertragsbedingungen:

Sie haben die Möglichkeit, innerhalb von 10 Tagen nach Auftragserteilung vom Abonnement zurückzutreten.

Die Rechnungsstellung erfolgt innerhalb der ersten drei Monate des Bezugszeitraumes jeweils für das laufende Kalenderjahr. Die schriftliche Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Jahresende.

- Ich erkläre mich mit den Vertragsbedingungen einverstanden.

### Lieferanschrift

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Tel.: .....

E-Mail: .....

.....

.....

Unterschrift

### Rechnungsanschrift

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Tel.: .....

E-Mail: .....

.....

.....

Ort, Datum

### Zurücksenden bitte an:

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR) Bereich Kommunikation Pappelallee 5 14469 Potsdam
---

Bereich Kommunikation

Tel.: 0331/2309-196

Fax: 0331/2309-197

E-Mail: kommunikation@kvbb.de