

Wydawnictwo Chinmed s.c.  
30-504 Kraków  
ul. Kalwaryjska 30/6

Zamówienie  
prenumeraty kwartalnika  
„Zwierciadło Medycyny”

Nazwisko .....

Imię .....

Adres .....

.....

Telefon kontaktowy .....

Adres e-mail .....

Adres do korespondencji (wysyłki)

Nazwisko .....

Imię .....

Adres .....

.....

Jestem zainteresowany otrzymaniem faktury VAT

Prenumerata :

roczna (4 numery + 1 dodatkowy – specjalny) ..... 80,00 zł

półroczna (2 numery) ..... 48,00 zł

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez **Wydawnictwo Chinmed s.c.** - „Zwierciadło Medycyny” do celów korespondencyjnych (ustawa z dnia 29.08.1977r. o ochronie danych osobowych).

.....  
data i czytelny podpis