

COUPON D'ABBONAMENTO ANNO 2009

Stampare, compilare e inviare il coupon a:
Ariete Salute s.r.l. - Ufficio abbonamenti
Corso Venezia 6 - 20121 Milano

(oppure inviare tramite fax al numero 02 76027805 se si effettua il pagamento con c/c postale o carta di credito)

Si, abbonatemi per un anno a:

- Corriere Medico.....Euro 59,00
- Corriere Medico + DoctorEuro 79,00
- Doctor PediatriaEuro 39,00
- Corriere Medico + Doctor PediatriaEuro 79,00
- Corriere Medico + Doctor Pediatria + DoctorEuro 89,00

Cognome*..... Nome*.....
Indirizzo*.....
Cap*..... Città*.....
Tel..... Fax..... Mail.....
Codice fiscale*..... **Partita IVA**.....

* = campi obbligatori

Il presente tagliando, unito a copia del pagamento, costituisce titolo valido ai fini della deducibilità dalle imposte sul reddito.

Desidero pagare per l'importo suddetto con la seguente modalità:

- allego assegno non trasferibile intestato a "Ariete Salute Srl."
- allego fotocopia del versamento da me effettuato sul c/c postale n. 33735200 intestato a "Ariete Salute Sr.l."
- bonifico bancario c/o Monte dei Paschi di Siena – Ag. N. 24 – Milano –
COD. IBAN IT33H010 3001 6240 0000 9881 861
- carta di credito: VISA CARTASI EUROCARD/MASTERCARD AMERICAN EXPRESS

Numero carta I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Valida dal I _ I _ I / I _ I _ I a tutto il I _ I _ I / I _ I _ I CV2 _ I _ I _ I

Data di nascita..... Firma.....

Se trasmette questo coupon per fax non lo invii anche tramite posta. Grazie
I dati raccolti verranno conservati e tutelati elettronicamente in forma strettamente riservata in osservanza del D.Lgs.196 del 30/06/2003. Gli stessi potranno essere, su richiesta dell'interessato, modificati o cancellati in qualsiasi momento.