

ABBONAMENTO ANNUALE ABOUTPHARMA

Compilare il modulo in tutte le sue parti, firmarlo e inviarlo a abbonamenti@aboutpharma.com o via fax allo 02 29526823

Desidero abbonarmi al magazine AboutPharma and Medical Devices:

<input type="checkbox"/> ABBONAMENTO TUTTO COMPRESO (cartaceo + pdf + app) 10 Numeri	PREZZO: 95 € (Art. 74 C iva assolta da editore)
<input type="checkbox"/> ABBONAMENTO TUTTO DIGITALE (pdf + app) 10 Numeri	PREZZO: 70 € (iva 4% inclusa)
<input type="checkbox"/> ABBONAMENTO TUTTO COMPRESO (cartaceo + pdf + app) 10 Numeri Quota scontata a partire dal secondo abbonato	95 € (iva inclusa) 80,75 € (Art. 74 C iva assolta da editore)
<input type="checkbox"/> ABBONAMENTO TUTTO DIGITALE (pdf + app) 10 Numeri Quota scontata a partire dal secondo abbonato	70 € (iva inclusa) 59,5 € (iva 4% inclusa)

All'attivazione dell'abbonamento la segreteria di HPS invierà all'indirizzo email indicato:

- i codici di accesso al portale www.aboutpharma.com per la consultazione del pdf e dell'archivio online (edizioni degli ultimi 4 anni)

- i codici di accesso alla App (iOS e Android)

RAGIONE SOCIALE

Nome (se privato)

Cognome (se privato)

Luogo di nascita (se privato)

Data di nascita (se privato)

PARTITA IVA

CODICE FISCALE (se diverso da P.IVA e se privato)

Indirizzo

Cap

Città

Desidero ricevere la fattura SOLO via email ai sensi del R.M. n.107 del 04/07/01 – (trasmissione fatture)

Email _____

Indirizzo di spedizione (se diverso da quello di fatturazione) (primo abbonato)

Cap	Città	
Tel	Fax	E-mail

Indirizzo di spedizione (se diverso da quello di fatturazione) (secondo abbonato)

Cap	Città	
Tel	Fax	E-mail

Indirizzo di spedizione (se diverso da quello di fatturazione) (terzo abbonato)

Cap	Città	
Tel	Fax	E-mail

MODALITA' DI ABBONAMENTO

Per iscriversi è necessario inviare il modulo compilato e firmato, insieme alla copia del bonifico via email a abbonamenti@aboutpharma.com o via fax allo 02 29526823

Intestazione bonifico: HPS Srl

Causale: Abbonamento

Coordinate bancarie: IBAN IT2320306909498100000000531

PER INFORMAZIONI

abbonamenti@aboutpharma.com

INFORMATIVA TUTELA DATI PERSONALI



Confermo di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy (clicca su [PRIVACY POLICY](#))

Data _____ Firma _____