

NEUES PATIENTENMAGAZIN für Ihre Praxis

INFORMATION

AUFKLÄRUNG

UNTERHALTUNG



Neben spannenden Beiträgen zu nicht dentalen Themen, wie man sie auch in allgemeinen Publikumsmedien findet, werden die verschiedenen Therapiemöglichkeiten der Zahnmedizin in speziellen Themenheften für Patienten verständlich erklärt und bebildert. So wird dem Behandler der Einstieg in mögliche Beratungsgespräche erleichtert.

„my“ magazin auch für Labore!

Viele Labore nutzen bereits das „my“ magazin als Marketingtool für ihre Kunden. Dieses Give-away ist eine neue Dimension in der Kundenpflege und der Akquisition neuer Kunden. Sie unterstützen damit den Zahnarzt aktiv in seiner Patientenkommunikation und zeigen Mitverantwortung bei der Patientengewinnung.

Bitte senden Sie mir folgende Exemplare des „my“ magazins zu:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> „cosmetic dentistry“ | <input type="checkbox"/> „Zähne 50+“ |
| <input type="checkbox"/> 10 Stück 30,00 €*
<input type="checkbox"/> 20 Stück 50,00 €*
<input type="checkbox"/> 40 Stück 85,00 €*

 | <input type="checkbox"/> 10 Stück 30,00 €*
<input type="checkbox"/> 20 Stück 50,00 €*
<input type="checkbox"/> 40 Stück 85,00 €*

 |
| <input type="checkbox"/> „Zahnpflege + gesundes Zahnfleisch“ | <input type="checkbox"/> „Zahnimplantate“ |
| <input type="checkbox"/> 10 Stück 30,00 €*
<input type="checkbox"/> 20 Stück 50,00 €*
<input type="checkbox"/> 40 Stück 85,00 €*

 | <input type="checkbox"/> 10 Stück 30,00 €*
<input type="checkbox"/> 20 Stück 50,00 €*
<input type="checkbox"/> 40 Stück 85,00 €*

 |

Einzugsermächtigung (bitte unbedingt ausfüllen, anderenfalls kann Ihr Auftrag nicht bearbeitet werden)

Hiermit ermächtige ich die Oemus Media AG, den Rechnungsbetrag für die bestellten „my“ magazine innerhalb 14 Tagen nach Bestellung zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Kreditinstitut: _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum, Unterschrift

Bezahlung nur per Bankeinzug oder Verrechnungsscheck möglich!

Adresse bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Praxis: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Datum, Unterschrift

Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
Fax: 03 41/4 84 74-2 90

