

Rebschutz- und Weinbauinformationsdienst Pfalz

Dienstleistungszentrum Ländlicher Raum (DLR) Rheinlandpfalz

Institut für Phytomedizin

Breitenweg 71

67435 Neustadt an der Weinstraße

Gläubiger-ID: DE03ZZZ00000994068

Telefon: 06321/671331, Telefax: 06321/671387, E-Mail: phytomedizin@dlr.rlp.de, Internet: <http://www.dlr-rheinpfalz.rlp.de>



Rheinlandpfalz

Dienstleistungszentrum
Ländlicher Raum
Rheinpfalz

Abonnement Rebschutz- und Weinbauinformationsdienst Pfalz

Mit dem Abonnement des Rebschutz- und Weinbauinformationsdienstes Pfalz erhalten Sie per Mail aktuelle Informationen zu Rebschutz- und Anbaumaßnahmen. Der Kostenbeitrag für das Abonnement beträgt 45 € pro Jahr. Sofern Sie nicht bis zum 31.12. eines Jahres kündigen, verlängert sich das Abonnement automatisch.

Bitte füllen Sie das nachstehende Formblatt vollständig aus und senden Sie es zurück an:

phytomedizin@dlr.rlp.de

Verwenden Sie dieses Formblatt auch bei Änderungen Ihrer Bankverbindung, Ihrer Anschrift oder Ihrer E-Mail-Adresse.

SEPA - Lastschriftmandat		
<p><input type="checkbox"/> Neuabonnent: Ich möchte den Rebschutz- und Weinbauinformationsdienst Pfalz abonnieren und ermächtige hierzu das DLR Rheinlandpfalz, jährlich jeweils zum 1. Juli den Kostenbeitrag von 45,00 Euro für das Abonnement von meinem unten angegebenen Konto einzuziehen. Ich bin damit einverstanden, dass die zu diesem Zweck erhobenen Daten gespeichert und verarbeitet werden. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen</p> <p><input type="checkbox"/> Änderung der Bankverbindung: Ich ermächtige hiermit das DLR Rheinlandpfalz, jährlich jeweils zum 1. Juli den Kostenbeitrag von 45,00 Euro für das Abonnement von meinem unten angegebenen Konto einzuziehen. Ich bin damit einverstanden, dass die zu diesem Zweck erhobenen Daten gespeichert und verarbeitet werden. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen</p>		
Firma		
Name, Vorname:		
Straße:		
PLZ, Wohnort:		
Telefon:		
Kreditinstitut:		
Kontoinhaber:		
IBAN:		
E-Mail:		
Ort	Datum	Unterschrift