# Unser Garten

Fachverlag
Fachbuchhandel

Unser Garten Verlagsges. m.b.H., Hüttersdorfer Str. 29, 66839 Schmelz

Liebes Mitglied
vom
OGV 1919 Köllerbach e.V.

**Unser Garten Verlagsges. mbH**
Hüttersdorfer Str. 29
66839 Schmelz
Telefon 06887-90 32 999
Telefax 06887-90 32 998
E-Mail: info@unsergarten-verlag.de
Internet: www.unsergarten-verlag.de

13.02.2025

## „Unser Garten“

Hallo liebe Leserin, hallo lieber Leser,

Bisher hat Ihnen der OGV Köllerbach die Zeitschrift „Unser Garten“ ins Haus geliefert. Aus organisatorisch Gründen kann dies leider nicht mehr so wie gewohnt umgesetzt werden. Daher können Sie die Verbandszeitschrift „Unser Garten“ nicht mehr über den Verein beziehen.

Wir hoffen jedoch sehr, dass Sie auch weiterhin nicht auf die Verbandszeitschrift „Unser Garten“ verzichten wollen. Wenn Sie **den auf der Rückseite befindlichen Coupon ausfüllen** direkt an den Verlag schicken oder auch gerne einfach eine kurze E-Mail an schroeder@gartenbauvereine.de schreiben – werden wir Sie gerne weiterbeliefern.

**Die Zeitschrift kostet für ein ganzes Jahr 25,20 € inkl. Porto und MwSt. und wird Ihnen jeden Monat pünktlich direkt ins Haus geliefert. Die Zeitschrift ist immer zum Jahresende kündbar.**

Bei Bestellung werden wir Ihnen ausnahmsweise eine anteilige Rechnung für das Jahr 2025 schicken.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie unserem Leserkreis auch weiterhin angehören wollen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Unser Garten
Verlagsgesellschaft

gez. Roger Marti
Geschäftsführer

Unser Garten Verlag
Hüttersdorfer Str. 29
66839 Schmelz

# Bestellung der Zeitschrift „Unser Garten“

Ich möchte die Zeitschrift Unser Garten zum Preis von € 25,20 jährlich per Postbezug abonnieren:

Name _____

Straße/Haus-Nr._____

PLZ/Wohnort _____

Die Zeitschrift kostet 25,20 € für ein ganzes Jahr incl. MwSt. und Porto. Ich möchte die Zeitschrift □ per Rechnung oder □ per SEPA-Lastschrift (Einzug immer Mitte Januar) zahlen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und falls Einzug gewünscht - bitte nachfolgendes Formular ausfüllen.

# SEPA-Lastschriftmandat

**Wiederkehrende Zahlung**

Vorname/Name des Zahlungs-
pflichtigen (Kontoinhaber) _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Bankverbindung:

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum Unterschrift