

Objektyp: **Advertising**

Zeitschrift: **Schweizer Soldat + MFD : unabhängige Monatszeitschrift für Armee und Kader mit MFD-Zeitung**

Band (Jahr): **67 (1992)**

Heft 11

PDF erstellt am: **21.09.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Mit sich und der KPT zufrieden



Wir sind nicht in der Lage, Sie vor einem Unfall zu bewahren. Wir helfen aber mit allen Kräften, dass Sie möglichst rasch wieder auf die Beine kommen!

Die Krankenkasse KPT versichert als schweizerische Berufskrankenkasse Angestellte des Bundes, der Kantone und der Gemeinden sowie der schweizerischen

Transportunternehmen wie auch deren Angehörige. 240'000 zufriedene Mitglieder sind der Beweis unserer Leistungsfähigkeit.



Krankenkasse KPT
Tellstrasse 18
Postfach
3000 Bern 22
Telefon 031 42 62 42

Antwortalon

Bitte in einen Umschlag stecken und zurücksenden an: Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, Postfach, 3000 Bern 22, Telefon 031 42 62 42. Ich bin an der Krankenkasse KPT interessiert. Nehmen Sie mit mir Kontakt auf.

ASMZ

Name, Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Arbeitgeber: _____