



## Abdrucke aus Werken des Verlags Karl Alber

Bitte füllen Sie mindestens alle mit einem \* gekennzeichneten Felder aus.

### Ihre Kontaktdaten:

Verlag\* \_\_\_\_\_  
Name\* \_\_\_\_\_  
Straße / Haus-Nr.\* \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort\* \_\_\_\_\_  
Telefon\* \_\_\_\_\_  
Fax\* \_\_\_\_\_  
E-Mail\* \_\_\_\_\_

*Bevor wir über die Abdruckgenehmigung und die Höhe des Abdruckhonorars für den angefragten Beitrag entscheiden können, benötigen wir von Ihnen nähere Angaben zum geplanten Projekt:*

Titel Ihrer Publikation\* \_\_\_\_\_  
Art Ihrer Publikation\* \_\_\_\_\_  
Ladenpreis\* \_\_\_\_\_  
Seitenanzahl/-umfang\* \_\_\_\_\_  
Auflagenhöhe\* \_\_\_\_\_  
Erscheinungstermin\* \_\_\_\_\_

### Aus welchem Werk möchten Sie etwas abdrucken?

Titel\* \_\_\_\_\_  
ISBN\* \_\_\_\_\_

Anzahl der abzudruckenden Seiten / Textabschnitte \_\_\_\_\_

**(bitte Texte mitschicken)**

Illustrationen/Bilder  
**(bitte Illustrationen/Bilder mitschicken)**

|               |                           |                           |                           |                           |                           |
|---------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Bitte wählen: | 1/8 S<br>sw /<br>innen    | 1/4 S<br>sw /<br>innen    | 1/2 S<br>sw /<br>innen    | 1/1 S<br>sw /<br>innen    | 2/1 S<br>sw /<br>innen    |
| Cover         | 1/8 S<br>farbig/<br>innen | 1/4 S<br>farbig/<br>innen | 1/2 S<br>farbig/<br>innen | 1/1 S<br>farbig/<br>innen | 2/1 S<br>farbig/<br>innen |

Abdruck von Seite ..... unseres Werkes\*

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Per Fax an: 0049 (0)761 27 17-247/ Lizenzen Inland