

Bestellformular Dr. Raths Zell-Vitalstoff-Programm™

DR. RATH HEALTH PROGRAMS B.V.

Bestell-Fax: **0031 – 457 111 119**
 Bestell-Hotline: **0031 – 457 111 111**

Mo-Do: **von 09:00 Uhr bis 20:00 Uhr**
 Freitag: **von 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr**

e-Mail: **info@rath-programs.com**

Postbus 657 NL – 6400 AR Heerlen

Ich bin bereits Kunde, meine Kundennummer lautet:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ich bin Neukunde, die Mitgliedsnummer meines Beraters lautet:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Auftraggeber	
Name:	
Adresse:	
PLZ:	Ort:
Telefon/Fax:	
E-Mail:	Geb. Datum

Lieferadresse <small>(nur bei Abweichungen zur Auftragsadresse)</small>	
Name:	
Adresse:	
PLZ:	Ort:
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

Anzahl	Produkte	Beschreibung	Tbl.	Preis €	Gesamtpreis
	Vitacor Plus™	Basis-Formula	90	42.00	
	Dr. Rath's Phytobiologicals™	Phyto Basis-Formula	60	29.90	
	Basis-Kombination	Vitacor Plus™ und Dr. Rath's Phytobiologicals™	90/60	65.90	
	Vitacor™ Junior	Basis-Formula für Kinder und junge Erwachsene	90	21.80	
	Arteriforte™	für die Blutgefäße	60	35.00	
	Relavit™	zur Unterstützung des Blutdrucks	90	34.00	
	Enercor™	ergänzt und unterstützt die Versorgung des Herzmuskels	60	36.00	
	Diacor™	zur Unterstützung des Zuckerstoffwechsels	90	35.00	
	Metavit™	zur Unterstützung des Blutfettspiegels	90	30.00	
	ImmunoCell™	zur Stärkung des natürlichen Abwehrsystems	90	28.00	
	Osteoforte™	für die Knochen	90	28.00	
	Epican Forte™	für die Zellfunktionen	180	39.80	
	Prolysin™	zur Stärkung des Bindegewebes	90	25.00	
	LyCin™	zum Schutz und Aufbau des Bindegewebes	500 gr Pulver	32.00	
	MacroBalance™	zur Unterstützung der Verdauung	450 gr Pulver	32.00	
	VitaCforte™	bei erhöhtem Vitamin-C-Bedarf	90	18.00	
	Lensivit™	für die Augen	60	21.80	
	Femicell™	für die Frau	60	23.80	
	Illioforte™	zur Unterstützung der Verdauung	90	18.90	
Produktinformation –3 Exemplare kostenlos –		<small>(ab 4 Stück: 2,30 €/St., ab 10 Stück: 2,25 €/St., ab 25 Stück: 2,20 €/St., ab 50 Stück: 2,10 €/St., ab 100 Stück: 2,00 €/St.)</small>			
Phytobiologicals-Broschüre –3 Exemplare kostenlos –		<small>(ab 4 Stück: 0,60 €/St., ab 10 Stück: 0,50 €/St., ab 25 Stück: 0,45 €/St., ab 50 Stück: 0,40 €/St., ab 100 Stück: 0,35 €/St.)</small>			

Zahlungsmöglichkeiten (Die Versandkosten betragen 3,00 €)

<input type="checkbox"/>	per Nachnahme für Deutschland! <small>(die zusätzliche Gebühr von 6.95 € übernehme ich als Besteller)</small>																			
<input type="checkbox"/>	mit beiliegendem Scheck																			
<input type="checkbox"/>	Kreditkarte <small>(Amex, Visa, Euro/Master)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gültig bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	Kreditkarteninhaber:							Sicherheitscode <small>(ohne Angabe kann die Bestellung nicht ausgeführt werden)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	Bitte buchen Sie von meinem Girokonto ab. Die Einzugsermächtigung liegt vor.																			
<input type="checkbox"/>	Ich erteile Ihnen eine Einzugsermächtigung (Lastschrift) um fällige Beträge von meinem Girokonto abzubuchen																			
<input type="checkbox"/>	Bankverbindung	Einzugsermächtigung	Konto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Honorarkonto	Konto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Name der Bank:										Unterschrift Kontoinhaber:									

Wenn eine der gewählten Zahlungsweisen nicht möglich ist oder nicht gewählt wurde, behalten wir uns vor, per Nachnahme versenden zu lassen. Die Versandkosten betragen 3,00 €. Das Versandrisiko bleibt beim Besteller. Über ggf. abweichende Versandkosten werden Sie informiert. Bei Versand per Nachnahme ist die Gebühr unabhängig vom Warenwert immer zu zahlen. Sofern keine Versandkosten ausgewiesen sind, erfolgt die Lieferung frei Haus. Die Lieferung und die gesamte vertragliche Beziehung unterliegt niederländischem Recht. Ich erteile der Dr. Rath Health Programs B.V. den Auftrag, die Lieferung durch den Paketdienst, die Post oder eine Spedition in meinem Namen durchführen zu lassen. Ich stimme zu, dass die oben angegebene Kreditkartendaten für zukünftige Bestellungen gespeichert werden. Außerdem erkläre ich, dass bei künftigen Bestellungen der von mir zu zahlende Kaufpreis mit dieser Kreditkarte bezahlt wird, sofern ich nicht ausdrücklich etwas anderes ausweise.

Bitte unterschreiben Sie Ihre Bestellung (Ort, Datum, Unterschrift)

Abonnement-Bestellformular Dr. Raths Zell-Vitalstoff-Programm TM

Ich wünsche die Lieferung alle 2 Monate zum 1ten oder 15ten des jeweiligen Monats.

Die erste Lieferung wünsche ich im _____ (Monat)

Bitte beachten Sie, dass nach Eingang des Abonnements 14 Tage Bearbeitungszeit notwendig sind!

DR. RATH HEALTH PROGRAMS B.V.

Postbus 657 NL – 6400 AR Heerlen

Bestell-Fax: **0031 – 457 111 119**

Bestell-Hotline: **0031 – 457 111 111**

Mo-Do: **von 09:00 Uhr bis 20:00 Uhr**

Freitag: **von 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr**

e-Mail: **info@rath-programs.com**

Ich bin bereits Kunde, meine Kundennummer lautet:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich bin Neukunde, die Mitgliedsnummer meines Beraters lautet:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Auftraggeber	
Name:	
Adresse:	
PLZ:	Ort:
Telefon/Fax:	
E-Mail:	Geb. Datum:

Lieferadresse <small>(nur bei Abweichungen zur Auftragsadresse)</small>	
Name:	
Adresse:	
PLZ:	Ort:
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

Anzahl	Produkte	Beschreibung	Tbl.	Preis €	Gesamtpreis
	Vitacor Plus TM	Basis-Formula	90	42.00	
	Dr. Rath's Phytobiologicals TM	Phyto Basis-Formula	60	29.90	
	Basis-Kombination	Vitacor Plus TM und Dr. Rath's Phytobiologicals TM	90/60	65.90	
	Vitacor TM Junior	Basis-Formula für Kinder und junge Erwachsene	90	21.80	
	Arteriforte TM	für die Blutgefäße	60	35.00	
	Relavit TM	zur Unterstützung des Blutdrucks	90	34.00	
	Enercor TM	ergänzt und unterstützt die Versorgung des Herzmuskels	60	36.00	
	Diacor TM	zur Unterstützung des Zuckerstoffwechsels	90	35.00	
	Metavit TM	zur Unterstützung des Blutfettspiegels	90	30.00	
	ImmunoCell TM	zur Stärkung des natürlichen Abwehrsystems	90	28.00	
	Osteoforte TM	für die Knochen	90	28.00	
	Epican Forte TM	für die Zellfunktionen	180	39.80	
	Prolysin TM	zur Stärkung des Bindegewebes	90	25.00	
	LyCin TM	zum Schutz und Aufbau des Bindegewebes	500 gr Pulver	32.00	
	MacroBalance TM	zur Unterstützung der Verdauung	450 gr Pulver	32.00	
	VitaCforte TM	bei erhöhtem Vitamin-C-Bedarf	90	18.00	
	Lensivit TM	für die Augen	60	21.80	
	Femicell TM	für die Frau	60	23.80	
	Illioforte TM	zur Unterstützung der Verdauung	90	18.90	

Zahlungsmöglichkeiten

<input type="checkbox"/>	per Nachnahme für Deutschland! <i>(die zusätzliche Gebühr von 6.95 € übernehme ich als Besteller)</i>															
<input type="checkbox"/>	mit beiliegendem Scheck															
<input type="checkbox"/>	Kreditkarte (Amex, Visa, Euro/Master)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gültig bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Kreditkarteninhaber:							Sicherheitscode <small>(ohne Angabe kann die Bestellung nicht ausgeführt werden)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Bitte buchen Sie von meinem Girokonto ab. Die Einzugsermächtigung liegt vor.															
<input type="checkbox"/>	Ich erteile Ihnen eine Einzugsermächtigung (Lastschrift) um fällige Beträge von meinem Girokonto abzubuchen															
<input type="checkbox"/>	Bankverbindung	Einzugsermächtigung	Konto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Honorarkonto	Konto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Name der Bank:							Unterschrift Kontoinhaber:								

Abonnement-Bestellungen sind versandkostenfrei. Bitte beachten Sie, dass bei jeder Änderung eine Bearbeitungsgebühr von 6,90 € erhoben wird. Wenn eine der gewählten Zahlungsweisen nicht möglich ist oder nicht gewählt wurde, behalten wir uns vor, per Nachnahme versenden zu lassen. Das Versandrisiko bleibt beim Besteller. Über ggf. abweichende Versandkosten werden Sie informiert. Bei Versand per Nachnahme ist die Gebühr unabhängig vom Warenwert immer zu zahlen. Sofern keine Versandkosten ausgewiesen sind, erfolgt die Lieferung frei Haus. Die Lieferung und die gesamte vertragliche Beziehung unterliegt niederländischem Recht. Ich erteile der Dr. Rath Health Programs B.V. den Auftrag, die Lieferung durch den Paketdienst, die Post oder eine Spedition in meinem Namen durchführen zu lassen. Ich stimme zu, dass die oben angegebenen Kreditkartendaten für zukünftige Bestellungen gespeichert werden. Außerdem erkläre ich, dass bei künftigen Bestellungen der von mir zu zahlende Kaufpreis mit dieser Kreditkarte bezahlt wird, sofern ich nicht ausdrücklich etwas anderes ausweise.

Bitte unterschreiben Sie Ihre Bestellung (Ort, Datum, Unterschrift)