

## ΦΟΡΜΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΝΩΡΙΜΙΑΣ

### Φόρμουλες Κυτταρικών Θρεπτικών Ουσιών του Δρος Rath.

**DR. RATH HEALTH PROGRAMS B.V.**

Postbus 657 NL – 6400 AR Heerlen ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Τηλεφωνικά-Hotline: **0031 – 457 111 117**

Me-Fax: **0031 – 457 111 119**

Δευτέρα-Παρασκευή: **10:00 – 18:00**

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

Είμαι ήδη πελάτης, ο αριθμός μου είναι:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Είμαι νέος πελάτης και ο αριθμός του συμβούλου μου είναι:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Διεύθυνση	
Όνομα:	
Διεύθυνση:	
Ταχ.Κώδ./Πόλη:	<input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> CY
Τηλέφωνο/Fax:	Ημερ.γεννήσεως:
E-Mail:	

Διεύθυνση Παράδοσης <small>(μόνο αν είναι διαφορετική)</small>	
Όνομα:	
Διεύθυνση:	
Ταχ.Κώδ./Πόλη:	<input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> CY
Τηλέφωνο/Fax:	
E-Mail:	

Ποσότητα	Σκεύασμα	Περιγραφή	Τεμάχια	Τιμή €	Σύνολο
<b>ΒΑΣΙΚΕΣ ΦΟΡΜΟΥΛΕΣ (ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ BLISTER)</b>					
	Vitacor Plus™	Βασικό σκεύασμα	30	14,80	
	Dr. Rath's Phytobiologicals™	Βασική Φόρμουλα Φυτοβιολογικών	30	15,90	
	Βασικός Συνδυασμός	Vitacor Plus™ και Dr. Rath's Phytobiologicals™	30/30	27,50	
<b>ΦΟΡΜΟΥΛΕΣ ΑΝΑΔΟΜΗΣΗΣ (ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ BLISTER)</b>					
	Arteriforte™	Για τα αγγεία	30	17,90	
	Relavit™	Για τη βελτίωση της αρτ. πίεσης	30	11,90	
	Enercor™	Συμπληρώνει και ενισχύει την τροφοδοσία του καρδιακού μυ	30	18,90	
	Diacor™	Για τη βελτίωση του σακχ. διαβήτη	30	11,90	
	Metavit™	Για τα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα	30	10,90	
	EpiQuercican™	Για τις κυτταρικές λειτουργίες	30	6,90	
<b>ΕΙΔΙΚΕΣ ΦΟΡΜΟΥΛΕΣ (ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ BLISTER)</b>					
	Prolysin C™	Για την ενίσχυση του συνδετικού ιστού	30	8,90	
	VitaCforte™	Συμπλήρωμα βιταμίνης C	30	6,90	
	κόστος αποστολής			2,50	

Συνολικό Κόστος

\* Έξοδα Συσκευασίας & Αποστολής € 2.50

Εξουσιοδοτώ δια της παρούσης την Dr. Rath Health Programs B.V, όπως χρεώσει την πιστωτική μου κάρτα με το οφειλόμενο ποσό όχι ενωρίτερα από 4 μέρες από την έκδοση του τιμολογίου.

Μέθοδοι πληρωμής (παρακαλώ σημειώστε το κατάλληλο τετράγωνο)

<input type="checkbox"/> Κατάθεση σε λογαριασμό μετά τη λήψη των προϊόντων	
Αριθμός κάρτας (Amex, Visa, Euro / Master)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Όνομα κατόχου πιστωτικής κάρτας:	Ημερ/νία λήξης <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Κωδικός ασφαλείας <small>(Χωρίς τον κωδικό ασφαλείας, δεν μπορούμε να πραγματοποιήσουμε τη χρέωση)</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Υπογραφή

Ημερομηνία (Παρακαλώ υπογράψτε επίσης εδώ για την παραγγελία)

Τα έξοδα αποστολής είναι € 2.50. Τυχόν κίνδυνοι κατά τη ταχυδρομική αποστολή επιβαρύνουν τον αγοραστή. Θα ενημερωθείτε για τυχόν αλλαγές στις τιμές, εάν χρειαστεί. Εάν δεν αναφέρονται ταχυδρομικά έξοδα, η αποστολή θα είναι δωρεάν. Η παράδοση και το σύνολο της σύμβασης θα ρυθμίζεται σύμφωνα με τη νομοθεσία των Κάτω Χωρών. Εξουσιοδοτώ την Dr. Rath Health Programs B.V, ώστε να πραγματοποιήσει την παράδοση για λογαριασμό μου, μέσω της υπηρεσίας δεμάτων, του ταχυδρομείου ή εταιρείας μεταφορών.