

FORMULARZ ZAMÓWIENIA MIESZANEK WITAMINOWYCH (DR. RATH'S CELLULAR VITAMIN FORMULAS™)

DR. RATH HEALTH PROGRAMS B.V.

Postbus 657 NL – 6400 AR Heerlen

Faks: **0031 – 457 111 119**

Telefon: **0031 – 457 111 116**

poniedziałek-piątek

od 09:00 – do 17:00

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

Jestem klientem, mój numer:

Jestem nowym klientem, numer mojego doradcy:

NADAWCA
Nazwisko:
Ulica:
Kod pocztowy:
Miejscowość:
Kraj:
Telefon:

ADRES ZASTĘPCZY:
Nazwisko:
Ulica:
Kod pocztowy:
Miejscowość:
Kraj:
Fax / E-Mail:

Ilość	Mieszanka	Opis	Ilość tabl.	Cena €	Wartość
	Vitacor Plus™	Program podstawowy	90	37.80	
	Dr. Rath's Phytobiologicals™	Roślinna Formuła podstawowa	60	26.90	
	Pakiet podstawowy	Vitacor Plus™ i Dr. Rath's Phytobiologicals™	90/60	59.30	
	Vitacor Junior™	Program wprowadzający	90	19.30	
	Arteriforte™	Dla układu naczyniowego	60	31.50	
	Relavit™	Optymalne ciśnienie krwi	90	30.60	
	Enercor™	Bioenergia komórek serca	60	32.40	
	Diacor™	Metabolizm węglowodanów	90	31.50	
	Metavit™	Normalizacja przemian tłuszczów	90	27.00	
	ImmunoCell™	Optymalny system odpornościowy	90	25.20	
	Osteoforte™	Stabilność tkanki kostnej	90	25.20	
	Epican Forte™	Prawidłowa funkcja komórek	180	35.80	
	Prolysin™	Stabilność tkanki łącznej	90	22.50	
	LyCin™	Ochrona tkanki łącznej	500 g	28.80	
	MacroBalance™	Wspomaganie trawienia	450 g	28.80	
	VitaCforte™	Zapotrzebowanie na witaminę C	90	16.20	
	Lensivit™	Dla oczu	60	19.60	
	Femicell™	Dla kobiet	60	21.40	
	Illioforte™	Wspomaganie trawienia	90	17.00	
	Informacja o produktach – 3 egzemplarze bezpłatne – (od 4 szt.:2.30 € za szt., od 10 szt.:2.25 € za szt., od 25 szt.:2.20 € za szt., od 50 szt.:2.10 € za szt., od 100 szt.:2.00 € za szt.)				

Sposoby płatności (KOSZT PRZESYŁKI WYNOSI 3,00 €)

Uwaga nowi Klienci! Płatność za pierwsze zamówienia – tylko za zaliczeniem pocztowym!

<input type="checkbox"/> Przeleję należną kwotę na rachunek Matthias Rath B.V.	
<input type="checkbox"/> Za zaliczeniem pocztowym (Opłatę dodatkową w wysokości 2,50 € pokrywa kupujący)	
<input type="checkbox"/> Zaliczka na konto: konto bankowe 83167000040000643991078061 IBAN: PL 83167000040000643991078061, Kod Swift : ABNAPLPW	
<input type="checkbox"/> Karta kredytowa (Amex, Visa, Euro/Master)	data ważności: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Posiadacz karty	Kod bezpieczeństwa <small>(w przypadku braku danych zamówienia nie będą realizowane)</small> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

Miejscowość, data:

Podpis: