

Atenção 2º fax!  Em caso de receber resposta com erro no seu fax e enviar novamente, por favor assinalar aqui.

PT

# Formulário de encomenda

## Programa de micronutrientes da medicina celular do Dr. Rath

Atendimento ao cliente:  
800 - 81 97 23\*  
Postbus 657 NL - 6400 AR Heerlen  
E-Mail: info@rath-programs.com  
\* Gratuito desde telefone fixo. Tarifários desde telemóvel podem variar.

Telefone: +31 (0)45 71 11 113  
Fax: +31 (0)45 71 11 119  
De segunda a sexta das 07:30 às 16:00 horas  
IBAN: NL80 ABNA 0505 4511 82  
BIC: ABNANL2A



Dr. Rath  
Health Programs B.V.

Site: <https://www.dr-rath.com>

#144501230326PT

**Compra única**

**Pedido de Subscrição**

Desejo uma entrega de 2 em 2 meses no dia  1º ou  15 do mês. A minha primeira encomenda desejo receber a partir do mês \_\_\_\_\_

**Sou cliente novo,**  
o número do meu conselheiro é:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Por recomendação de:**

Nome: \_\_\_\_\_

**Já sou cliente,**  
meu número de cliente é:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quant.	Número	Producto	Conteúdo	Preço €
<b>FÓRMULAS PATENTEADAS</b>				
	0005	Relavit™	120 cápsulas	43,90
	0007	Diacor™	90 cápsulas	43,90
	0016	Femicell™	60 cápsulas	31,90
	019	EpiQuercican™	180 cápsulas	49,90
	0027	Osteoforte™	120 cápsulas	37,90
	035	Royal Complex	180 cápsulas	43,90
	045	ImmunComplex plus	60 cápsulas	36,90
	047	Lensivit™	60 cápsulas	28,90
	048	YouCell™-V	60 cápsulas	37,90
<b>FÓRMULAS DE SINERGIA</b>				
	10001	Combinação básica (Número 0001 e 018)	90/60 cápsulas	84,90
	0001	Vitacor Plus™	90 cápsulas	54,90
	018	Dr. Rath's Phytobiologicals™	60 cápsulas	39,90
	0002	ImmunoCell™	120 cápsulas	36,90
	0004	Arteriforte™	60 cápsulas	43,90
	0006	Metavit™	90 cápsulas	38,90
	0008	Enercor™	60 cápsulas	43,90
	017	Illioforte™	90 cápsulas	24,90
	026	Dr. Rath PhytoPro M™	120 cápsulas	43,90
	037	Balance Control	210 g pó	39,90

Quant.	Número	Producto	Conteúdo	Preço €
<b>FÓRMULAS COMPLEMENTARES</b>				
	0009	Prolysin C™	120 cápsulas	32,90
	0011	VitaCforte™	120 cápsulas	25,90
	020	Dr. Rath Omega E™	60 cápsulas	20,90
	0023	Dr. Rath Zinc-Selenium Complex™	90 cápsulas	28,90
	0024	Dr. Rath Vitamin B Complex™	90 cápsulas	29,90
	025	Dr. Rath Q10 Complex™	60 cápsulas	32,90
	028	Dr. Rath Omega 3 Vegan™	60 cápsulas	28,90
	030	LyCin™ com Stevia	420 g pó	41,90
	031	Dr. Rath OPC™	60 cápsulas	32,90
	034	Dr. Rath Magnesium Complex™	90 cápsulas	18,90
	0036	Dr. Rath's ProCultura <b>NOVO!</b>	60 cápsulas	32,90
	038	Dr. Rath VCP™	90 cápsulas	24,90
	039	Dr. Rath Vitamin D3™ <i>Pocket</i>	150 compr.	20,90
	040	Dr. Rath Vitamin B12 <i>Pocket</i>	120 compr.	21,90
	044	Dr. Rath Vitamin D3™ + K2 <i>vegan</i>	90 cápsulas	21,90
	046	Dr. Rath VitaC Go! (30 sachês de 1,6 g)	48 g pó	15,90
	050	Dr. Rath VitaKids <i>Immune</i>	60 compr.	31,90
	511	Dr. Rath Vitamin C em pó	100 g pó	19,90
	03011	LyCin™ <sup>TAB</sup>	90 compr.	28,90
Custos de envio, Portugal, Madeira, Açores (Para compra única)				7,90 €
<b>Preço total</b>				<b>€</b>

BÔNUS: Se encomendar constantemente os mesmos produtos na subscrição (sem alteração dos produtos), receberá no sexto envio um bônus de 50%. Depois disso, inicia após 2 meses um novo ano de subscrição. No período entre o envio de bonus e o início dum ano novo de subscrição, pode alterar os produtos sem qualquer preocupação. Se alterar produtos numa subscrição em curso, será cobrada uma taxa de 6,90 €. A composição de produtos na subscrição pode ser alterada com um período de pré-aviso de 14 dias para a próxima data de entrega. O contrato de subscrição é celebrado por um período indeterminado. Não termina automaticamente. O cancelamento é possível a qualquer altura com um pré-aviso de 14 dias para a data de entrega seguinte. A assinatura não tem prazo mínimo. O cancelamento deve ser feito em forma de texto (correio, fax, e-mail). Uma nova assinatura só é possível 3 meses após o cancelamento.

### REMETENTE (UTILIZE LETRAS MAIÚSCULAS):

Nome: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Data de nascimento:   -   -

E-mail: \_\_\_\_\_

### OUTRO ENDEREÇO (no caso de estar ausente):

Nome: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Lugar e data, Assinatura: \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGAMENTO

**Pré-pagamento**  
(Por favor indicar na transferência do pagamento o nº da fatura ou o número de cliente)

**Por fatura (excepto novos clientes)**

**Autorização de débito directo (SEPA)**

**Já utilizo este tipo de pagamento**

Titular da conta: \_\_\_\_\_

Nome do banco: \_\_\_\_\_

IBAN:

Código Swift (BIC):

Autorizo à empresa Dr. Rath Health Programs B.V. para cobrar o montante devido em minha conta bancária não antes de 4 dias após a emissão da fatura.

Data / Assinatura do titular da conta bancária