

¡Atención segundo fax! Si se ha equivocado y quiere rectificar su pedido, marque esta casilla por favor.

Hoja de pedido

Programa de micronutrientes celulares del Dr. Rath

Atención al cliente y pedidos:
900-831024*

Postbus 657 NL - 6400 AR Heerlen
E-Mail: info@rath-programs.com

* Gratuito desde teléfonos fijos. Tarifas desde teléfonos móviles pueden variar.

Teléfono: +31 (0)45 71 11 113

Fax: +31 (0)45 71 11 119

De lunes a viernes:
de 08:30 a 17:00 horas

IBAN: NL80.ABNA.0505.4511.82
BIC: ABNANL2A



Dr. Rath
Health Programs B.V.

Sitio Web: <https://www.dr-rath.com>

Compra única

Pedido suplementario

Deseo recibir mi pedido cada dos meses para el 1° ó 15 del mes. Mi primer pedido lo deseo recibir a partir del mes _____

Pido por primera vez,

el número de identificación de mi consultor/a es:

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

Si no se conoce el número del consultor,

por recomendación de (nombre) _____

Soy cliente/miembro,

mi número es:

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

Unidad	Número	Productos	Contenido	Precio €
FÓRMULAS PATENTADAS				
	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
FÓRMULAS SINÉRGICAS				
	10001	Combinación básica (Número 0001 y 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 polvo	39,90

Unidad	Número	Productos	Contenido	Precio €
FÓRMULAS COMPLEMENTARIAS				
	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™ con Stevia	420 g polvo	41,90
	031	Dr. Rath OPC™	60 cápsulas	32,90
	034	Dr. Rath Magnesium Complex™	90 cápsulas	18,90
	0036	Dr. Rath's ProCultura ¡Nuevo!	60 cápsulas	32,90
	038	Dr. Rath VCP™	90 cápsulas	24,90
	039	Dr. Rath Vitamin D3™ Pocket	150 compr.	20,90
	040	Dr. Rath Vitamin B12™ Pocket	120 compr.	21,90
	044	Dr. Rath Vitamin D3™ + K2 vegan	90 cápsulas	21,90
	046	Dr. Rath VitaC Go! (30 barritas de 1,6 g)	48 g polvo	15,90
	050	Dr. Rath VitaKids Immune	60 compr.	31,90
	511	Dr. Rath Vitamin C polvo	100 g polvo	19,90
	03011	LyCin™ ^{TAB}	90 compr.	28,90
El importe de envío (sólo para compra única)				
Precio total				€

No hay gastos de envío para el cliente en el marco de esta suscripción, pero por cada modificación deberá de contribuir una tarifa de 6,90 €. Por favor tenga en cuenta, que es necesario un plazo de 14 días para finalizar la realización de una suscripción! En caso de modificación de precios, se le mantendrá informado. La suscripción no tiene un plazo mínimo. La cancelación debe hacerse en forma de texto (correo, fax, e-mail). Una nueva suscripción sólo es posible 3 meses después de la cancelación. Por favor, consulte nuestras ofertas separadas.

REMITENTE (UTILICE LETRAS MAYÚSCULAS):

Nombre: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Localidad: _____

País: _____

Teléfono/Móvil (voluntariamente): _____

Fecha de nacimiento: - -

Dirección de e-mail*: _____

*Si proporciona una dirección de correo electrónico, recibirá regularmente información sobre los productos de nosotros o del Dr. Rath Education Services B.V. y Dr. Rath Health Foundation. Que cooperan con nosotros. Puede contradecir este uso de su dirección de correo electrónico en cualquier momento. Cada correo electrónico contiene también un enlace para cancelar la suscripción.

OTRA DIRECCIÓN DE ENTREGA (Si es diferente):

Nombre: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Localidad: _____

País: _____

Teléfono/Móvil (voluntariamente): _____

Lugar, fecha y Firma (Firme aquí, incluso para pedidos)

Con factura

Autorización de domiciliación bancaria (SEPA)

Ya utilizo este tipo de pago

Propietario de la cuenta:

Nombre del banco:

IBAN:

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

Swift-Code (BIC):

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

Recibirá información anticipada sobre la domiciliación bancaria SEPA con la factura adjunta a su pedido. El plazo para la información anticipada de la domiciliación bancaria SEPA se reduce a un día. Por la presente autorizo al Dr. Rath Health Programs B.V. para cobrar el monto de la factura adeuda de mi cuenta no antes de 4 días después de que se haya emitido la factura.

Fecha / firma del titular de la cuenta bancaria