

Attenzione! In caso di errore di trasmissione, se segue un secondo fax, si prega di spuntare questa casella.

IT

Modulo d'ordine

Combinazioni sinergiche

Programma di micronutrienti
cellulari Dr. Rath

Numero verde per consulenze e ordini:

Italia: 800 - 78 29 18

Svizzera: 0800 - 84 81 33

Postbus 657 NL - 6400 AR Heerlen

E-Mail: info@rath-programs.com

Ordine-Fax: +31 (0)45 71 11 119

Lunedì-Venerdì:

8:30 - 17:00

IBAN: NL80.ABNA.0505.4511.82

BIC: ABNANL2A



Dr. Rath

Health Programs B.V.

Online-Shop: <https://www.dr-rath.com>

#1445/01-2002C6T

Sono già cliente/membro,

il mio numero:

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

Sono nuovo cliente,

numero d'identificazione del mio consulente/terapista:

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

Sono stato consigliato da:

Nome: _____

Q.tà.	Cod. art.	Prodotti	Prezzo €
COMBINAZIONE			
	2200	COMBINAZIONE SINERGICA EpiQuercican™ 3x Vitacor Plus™ e 3x EpiQuercican™	314,40 273,90
	2201	COMBINAZIONE SINERGICA Arteriforte™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Arteriforte™	296,40 257,90
	2202	COMBINAZIONE SINERGICA Osteoforte™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Osteoforte™	278,40 240,90
	2203	COMBINAZIONE SINERGICA Diacor™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Diacor™	296,40 257,90
	2204	COMBINAZIONE SINERGICA Dr. Rath Phyto ProM™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Dr. Rath Phyto ProM™	296,40 260,90
	2205	COMBINAZIONE SINERGICA Enercor™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Enercor™	296,40 257,90
	2206	COMBINAZIONE SINERGICA Relavit™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Relavit™	296,40 260,90
	2207	COMBINAZIONE SINERGICA Femicell™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Femicell™	260,40 224,90
	2208	COMBINAZIONE SINERGICA ImmunoCell™ 3x Vitacor Plus™ e 3x ImmunoCell™	275,40 237,90
	2210	COMBINAZIONE SINERGICA EpiQuercican™ Intensiva 3x Vitacor Plus™; 3x EpiQuercican™; 3x LyCin™; 3x Prolysin C™ e 3x VitaCforte™	616,50 449,90
	1100	PACCHETTO SINERGICO EpiQuercican™ Intensiva 3x Vitacor Plus™; 3x Dr. Rath's Phytobiologicals™; 3x EpiQuercican™; 3x LyCin™; 3x Prolysin C™ e 3x VitaCforte™	736,20 564,90

Q.tà.	Cod. art.	Prodotti	Prezzo €
COMBINAZIONE			
	2211	COMBINAZIONE SINERGICA Metavit™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Metavit™	281,40 244,90
	2212	COMBINAZIONE SINERGICA Lensivit™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Lensivit™	251,40 217,90
	2213	COMBINAZIONE SINERGICA Illioforte™ 3x Vitacor Plus™ e 3x Illioforte™	239,40 207,90
	2214	Pacchetto Phyto-Immun 1x Vitacor Plus™; 1x EpiQuercican™ e 1x Dr. Rath's Phytobiologicals™	144,70 113,90
	1036	Pacchetto di riabilitazione intestinale intensiva 1x Vitacor Plus™; 1x EpiQuercican™ e 1x Dr. Rath's Phytobiologicals™	99,90 92,80
	2220	Combinazione V-Defense 1x Vitacor Plus™; 1x YouCell™-V e 1x Dr. Rath Vitamin D3™+K2 vegan	114,70 99,90
	10007	Combinazione DRRI Diacor™ 1x Diacor™; 1x Osteoforte™ e 1x Dr. Rath Vitamin D3™+K2 vegan	103,70 92,90
	10016	Combinazione MYO 1x EpiQuercican™, 1x Dr. Rath's Phytobiologicals™ e 1x Femicell™	121,70 98,00
		Spese di spedizione (Italia 6,90 €, Svizzera 6,90 €)	
		Totale	

Avvertenza: Non concediamo sconti ai soci sui nostri pacchetti e combinazioni sinergiche.

MITTENTE (si prega di scrivere in stampatello):

Cognome/Nome: _____

Via: _____

C.A.P. _____

Città: _____

Nazione: _____

Telefono: _____

Data di nascita: - -

E-Mail*: _____

*Compilare questo campo per ricevere gli ultimi aggiornamenti sulla salute naturale.

INVIARE A (Specificare eventuale indirizzo di consegna, se diverso):

Cognome/Nome: _____

Via: _____

C.A.P. _____

Città: _____

Nazione: _____

Telefono: _____

Luogo e data, Firma (la firma è necessaria per la conferma dell'ordine)

Bonifico estero

Addebito diretto SEPA

Addebito diretto già autorizzato

Titolare del conto: _____

Banca: _____

IBAN:

Swift-Code (BIC):

Autorizzo la Dr. Rath Health Programs BV a riscuotere i pagamenti dal mio conto tramite addebito diretto. Allo stesso tempo autorizzo il mio istituto di credito ad onorare gli addebiti diretti effettuati sul mio conto da parte della Dr. Rath Health Programs B.V. Nota: ho/abbiamo diritto a chiedere il rimborso dell'importo addebitato entro 8 (otto) settimane dalla data dell'addebito. Si applicano le condizioni concordate con il mio/nostro istituto di credito.

Luogo e data, Firma _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO