

Attention ! Si ce fax a été déjà envoyé par erreur une première fois, veuillez cocher cette case.

FR

Bon de Commande

Combinaison de synergie

Programme de Micronutriments du Dr. Rath

Commandes par Tél. (appel gratuit):
0800 - 91 94 03

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

IBAN: NL80.ABNA.0505.4511.82
BIC: ABNANL2A

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

IBAN: NL80.ABNA.0505.4511.82
BIC: ABNANL2A

Lundi, mardi, jeudi et vendredi : de 8h 30 à 17h 00
Mercredi joignable uniquement sur rendez vous .



Dr. Rath
Health Programs B.V.

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

#144501-200206FR

Je suis déjà client (e),

mon numéro est le :

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

Je suis nouveau client.

Le numéro de mon conseiller/thérapeute est le :

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

Sur recommandation de :

Nom: _____

Qté	Art. Nr.	Formule	Prix €
COMBINAISON			
	2200	COMBINAISON DE SYNERGIE EpiQuercican™ 3x Vitacor Plus™ et 3x EpiQuercican™	314,40 273,90
	2201	COMBINAISON DE SYNERGIE Arteriforte™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Arteriforte™	296,40 257,90
	2202	COMBINAISON DE SYNERGIE Osteoforte™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Osteoforte™	278,40 240,90
	2203	COMBINAISON DE SYNERGIE Diacor™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Diacor™	296,40 257,90
	2204	COMBINAISON DE SYNERGIE Dr. Rath Phyto ProM™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Dr. Rath Phyto ProM™	296,40 260,90
	2205	COMBINAISON DE SYNERGIE Enercor™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Enercor™	296,40 257,90
	2206	COMBINAISON DE SYNERGIE Relavit™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Relavit™	296,40 260,90
	2207	COMBINAISON DE SYNERGIE Femicell™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Femicell™	260,40 224,90
	2208	COMBINAISON DE SYNERGIE ImmunoCell™ 3x Vitacor Plus™ et 3x ImmunoCell™	275,40 237,90
	2210	COMBINAISON DE SYNERGIE EpiQuercican™ intensif 3x Vitacor Plus™; 3x EpiQuercican™; 3x LyCin™; 3x Prolysin C™ et 3x VitaCforte™	616,50 449,90
	1100	PAQUET SYNERGIE EpiQuercican™ intensif Combi 3x Vitacor Plus™; 3x Dr. Rath's Phytobiologicals™; 3x EpiQuercican™; 3x LyCin™; 3x Prolysin C™ et 3x VitaCforte™	736,20 564,90

Qté	Art. Nr.	Formule	Prix €
COMBINAISON			
	2211	COMBINAISON DE SYNERGIE Metavit™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Metavit™	281,40 244,90
	2212	COMBINAISON DE SYNERGIE Lensivit™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Lensivit™	251,40 217,90
	2213	COMBINAISON DE SYNERGIE Illioforte™ 3x Vitacor Plus™ et 3x Illioforte™	239,40 207,90
	2214	Paquet Phyto Immunitaire 1x Vitacor Plus™; 1x EpiQuercican™ et 1x Dr. Rath's Phytobiologicals™	144,70 113,90
	1036	Paquet intensif pour l'assainissement de l'intestin 1x Vitacor Plus™; 1x EpiQuercican™ et 1x Dr. Rath's Phytobiologicals™	99,90 92,80
	2220	Combinaison V-Defense 1x Vitacor Plus™; 1x YouCell™-V et 1x Dr. Rath Vitamin D3™+K2 vegan	114,70 99,90
	10007	Combinaison DRRI Diacor™ 1x Diacor™; 1x Osteoforte™ et 1x Dr. Rath Vitamin D3™+K2 vegan	103,70 92,90
	10016	Combinaison MYO 1x EpiQuercican™, 1x Dr. Rath's Phytobiologicals™ et 1x Femicell™	121,70 98,00
Frais de livraison (France 6,90 €; Corse et DomTom 21,90 €)			
Prix total			

Attention, s'il vous plaît : Nous n'accordons pas de rabais aux membres sur nos paquets et combinaisons de synergies.

VOS COORDONNÉES (EN MAJUSCULES) :

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

Pays : _____

Tél. : _____

Date de naissance : - -

Email adresse* : _____

*Remplir svp, afin que nous puissions vous informer au sujet de nos nouvelles informations sur la santé.

ADRESSE DE LIVRAISON (si différente de votre domicile) :

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

Pays : _____

Tél. : _____

Lieu et Date, Signature

(Veuillez signer ici, même pour les commandes)

Le compte / compte bancaire (Seulement pour la France)
(Veuillez s'il vous plaît transférer le montant de la facture
sur notre compte: Banque ABN AMRO Bank en faveur de la
NL80 ABNA 0505 4511 82, BIC/SWIFT: ABNANL2A, au nom
de Dr. Rath Health Programs B.V.)

Autorisation de prélèvement

Titulaire du Compte: _____

Autorisation de prélèvement (SEPA)

Banc: _____

IBAN:

Swift-Code (BIC):

J'autorise/nous autorisons Dr. Rath Health Programs BV à prélever des paiements sur mon compte par prélèvement automatique. Dans le même temps Je donne instruction à mon établissement de crédit d'honorer le(s) prélèvement(s) automatique(s) effectué(s) sur mon compte par Dr. Rath Health Programs B.V. Note : Je peux/nous pouvons demander le remboursement du montant débité dans un délai de huit semaines, à compter de la date du débit. montant débité. Les conditions convenues avec mon/notre établissement de crédit s'appliquent.

Lieu et Date, Signature

MODE DE PAIEMENT :