SU PEDIDO

Fax: **00800-7030 7030 (número gratuito)**
Tel.: **00800-8010 8050 (número gratuito)**
E-mail: **spain@pharmatrans.com**

o enviar por correo a:

PHARMATRANS INC.
P.O.BOX 1006
NL-6201 BA Maastricht

❑ Por la presente, les autorizo a enviarme, gratuitamente y sin compromiso, los folletos informativos de la empresa VitaBasix®.
❑ Por la presente, les encargo que me procuren los siguientes productos en una farmacia y que los envíen a mi dirección.

SELLO DEL MÉDICO

A RELLENAR POR EL MÉDICO
(Sólo para productos de prescripción obligatoria):

Fecha:..... Firma:.....

REMITENTE

Nombre: .....

Dirección: .....

C.P./Población: .....

Teléfono: .....

Fax: .....

E-mail*: .....

Nº producto	Nombre de producto	Cantidad	Precio/caja**	Total
Precio total				

* Si quiere recibir información de forma rápida sobre ofertas especiales y novedades en antienvejecimiento y prevención, por favor denos su dirección de e-mail.

** El precio incluye el producto y los gastos de envío. En los pedidos que no superen los 50 EUR, se cargarán 4,50 EUR por gastos de franqueo y embalaje.

Advertencias referentes a la aceptación de un pedido:

Los productos que no requieren prescripción:
por teléfono, fax o correo

Los productos de prescripción obligatoria:
por correo, fax (**sólo** se aceptarán los pedidos que se acompañen del sello del médico, su firma y la fecha)

Pueden llamarnos de lunes a viernes de 8:30 a 17:30.

Tiempo de entrega: aprox. 10 días hábiles
Solamente enviamos dentro de la UE.

La suma total se abonará mediante:

Tarjeta de crédito

❑ Master/Euro ❑ Visa ❑ Diners

Nº de tarjeta: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Fecha de vencimiento: _ _ / _ _ Código CVC: _ _ _

Firma (del titular de la tarjeta):

.....