VOTRE COMMANDE

Télécopie: 00800-7030 7030 (numéro gratuit)
Téléphone: 00800-8020 8010 (numéro gratuit)
E-mail: france@pharmatrans.com

ou renvoyer par courrier à:

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

❑ Veuillez me faire parvenir gratuitement les brochures des produits VitaBasix®, et ce sans obligation d'achat.
❑ Par la présente, je vous autorise à chercher les produits suivants à la pharmacie et de les envoyer à mon adresse postale.

CACHET DU MÉDECIN

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (seulement les produits soumis à ordonnance obligatoire): CACHET DU MÉDECIN:

Date:..... Signature: .....

EXPÉDITEUR

Prénom / Nom: .....

Rue: .....

C.P. / Ville: .....

Téléphone: .....

Télécopie: .....

E-mail*: .....

No. Produit	Nom du produit	Quantité	Prix/paquet**	Montant
Total				

* Si vous désirez être informé encore plus vite sur les offres spéciales et les nouvelles au sujet d'anti-âge et prévention, envoyez-nous votre adresse e-mail.

** Le prix inclut les frais de produit et d'envoi. Pour les commandes avec une valeur inférieure à EUR 50,– nous facturons EUR 4,50 comme participation aux frais de port et d'emballage.

Remarques relatives à l'acceptation de commandes:
Produits NON soumis à ordonnance médicale obligatoire: par téléphone, par télécopie, par voie postale. Produits soumis à ordonnance médicale obligatoire: par voie postale, par télécopie (**seulement** seront acceptées les commandes incluant la date, le cachet et la signature du médecin).

Vous pouvez nous appeler de
lundi à vendredi entre 8h30 et 17h30

Délai de livraison: Approx. 10 jours ouvrables
Nous expédions seulement vers les pays de l'UE.

Règlement par:

Carte de crédit

❑ Master/Euro ❑ Visa ❑ Diners

Numéro de carte de crédit: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Date d'expiration: _ _ / _ _ CVC Code: _ _ _

Signature du titulaire de la carte:

.....