IHRE BESTELLUNG

Fax: **00800-7030 7030** (gebührenfrei)
oder 0031-43-7999 330

Tel: **00800-8020 8020** (gebührenfrei)
oder 0031-43-7999 070

E-Mail: **info@pharmatrans.com**

oder per Post einsenden an:

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

❑ Bitte senden Sie mir kostenlos und unverbindlich Produktinformationen der Firma VitaBasix® by LHP Inc.
❑ Ich beauftrage Sie hiermit, nachfolgend angeführte Produkte in einer Apotheke zu besorgen und an mich zuzuschicken.

ARZTSTEMPEL

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN (nur bei rezeptpflichtigen Produkten):

Datum: ..... Unterschrift: .....

ABSENDER

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

❑ JA, ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Zusendung der angeforderten Produkte von VitaBasix® zu. Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und akzeptiert (www.pharmatrans.com)

Produktnr.	Produktname	Anzahl	Preis/Pkg	Betrag
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
Gesamtbetrag				0,00

Zone 1 (Österreich, Deutschland, Luxemburg, Niederlande) Aufträge unter EUR 75,– zuzüglich EUR 6,20 für Porto und Verpackung

Zone 2 (alle restlichen EU Länder) Aufträge unter EUR 75,– zuzüglich EUR 8,20 für Porto und Verpackung

Zone 3 (NICHT EU Länder in Europa) Aufträge unter EUR 100,– zuzüglich EUR 10,– für Porto und Verpackung

Lieferzeit ca. 7 Werktage | Lieferungen nur innerhalb Europas möglich.

Hinweise zur Auftragsannahme:
Nicht rezeptpflichtige Produkte: per Telefon, Fax, Post, E-Mail.
Rezeptpflichtige Produkte: per Post, Fax, E-Mail mit Anhang (**ausschließlich** mit Arztstempel, Datum und Unterschrift)
Wir sind telefonisch Mo – Fr 8:30 – 17:30 Uhr für Sie erreichbar.

Die dafür anfallenden Kosten werden bezahlt:

❑ per Zahlschein nach Rechnungserhalt

Kreditkarte: ❑ Master-/Eurocard ❑ Visa

KARTENINHABER (VORNAME, NAME IN BLOCKSCHRIFT)

Kartennummer: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Gültig bis: _ _ / _ _ CVC Code: _ _ _

UNTERSCHRIFT (DES KARTENINHABERS)