SU PEDIDO

Fax: **00800-7030 7030 (número gratuito)**
o 0031-43-7999 330

Tel: **00800-8010 8050 (número gratuito)**
o 0031-43-7999 070

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® by LHP Inc.

❑ 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: .....

❑ SI, estoy de acuerdo con el procesamiento de mis datos personales para el envio de los productos solicitados de VitaBasix®. He tomado nota de la política de privacidad y la he aceptado (www.pharmatrans.com).

Nº producto	Nombre de producto	Cantidad	Precio/caja	Importe
				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
Total				0,00

Zona 1 (Austria, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos) En los pedidos que no superen los 75,– EUR, se cargarán 6,20 EUR por gastos de franqueo y embalaje.

Zona 2 (el resto de los países de la UE) En los pedidos que no superen los 75,– EUR, se cargarán 8,20 EUR por gastos de franqueo y embalaje.

Zona 3 (los países europeos NO MIEMBROS de la UE) En los pedidos que no superen los 100,– EUR, se cargarán 10,– EUR por gastos de franqueo y embalaje.

Tiempo de entrega: aprox. 10 días hábiles | Posible entregar sólo en Europa.

Advertencias referentes a la aceptación de un pedido:
Los productos que no requieren prescripción:
por teléfono, fax, correo o e-mail
Los productos de prescripción obligatoria:
por correo, fax, e-mail con archivo adjunto (**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.

La suma total se abonará mediante:

Tarjeta de crédito: ❑ Master-/Eurocard ❑ Visa

TITULAR DE LA TARJETA (NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA)

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

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

FIRMA (DEL TITULAR DE LA TARJETA)