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
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.

Tiempo de entrega: aprox. 10 días hábiles
Envíos solo posibles a países de la UE.

Pago por todos los costos incurridos:

❑ mediante recibo de pago después de recibir la factura

Advertencias referentes a la aceptación de un pedido:
Por teléfono, fax, correo o e-mail.
Pueden llamarnos de lunes a viernes de 8:30 a 17:30.

FECHA & FIRMA