Darm - 1 - langsam

Lifeplus

Bestellformular

DE

Wichtige Information Bitte deutlich in Großbuchstaben ausfüllen (mit schwarzer Tinte)

Name Ihres Sponsors /Empfehlers	Annett Fiedler	PIN-Nr. Ihres Sponsors	8630236

Ihr Vorname	**Nachname Herr/Frau**	**PIN:**	
E-mail:			
Strasse:	**Plz:**	**Ort:**	**Hausnummer:**
Tel. (privat, tagsüber)	Tel. (Handy)	Fax:	
Versandadresse (falls von Rechnungsadresse abweichend) Name:			
Strasse:	**Plz**	**Ort**	**Hausnummer:**

Bitte senden Sie mir die folgenden Lifeplus-Produkte (Weitere Informationen finden Sie unter www.lifeplus.com):

Anz.	Produkt Nr.	Produktbezeichnung	Für ASAP bitte ankreuzen!	IP	Preis / Euro	Gesamt / Euro
1	5044	Aloe Vera Caps	☒	35.20	52,96	
1	5590	Micro Mins Plus	☒	25.45	41,92	
1	5198	Zinc Boost	☒	22.00	36,47	
			☐			
			☐			
			☐			
			☐			
			☐			
			☐			
			☐			
			☐			
			☐			

Gesamt IP	Zwischensumme	
	Versandkosten	
	Gesamtsumme Euro	

☐ Ich möchte mehr über die Lifeplus Geschäftsmöglichkeiten erfahren.

Die Lifeplus Foundation*

Markieren Sie eine der folgenden Optionen, wenn Sie einen Beitrag leisten möchten.

Der Betrag wird auf Ihren Rechnungsbetrag aufgeschlagen:

☐ Auf den nächsten vollen Euro aufrunden ☐ 1,00 € ☐ Anderer Betrag €

☐ Fügen Sie den ausgewählten Betrag meiner monatlichen ASAP-Bestellung hinzu.*

*Diese Spende kann unter geltendem Recht von der Steuer abgesetzt werden.

Bestimmen Sie Ihre Zahlungsmethode: ☐ VISA ☐ Master Card ☐ AmEx

Kreditkarten Nr.	Kartenprüfnummer	Gültig bis
Karteninhaber		**Gültig ab: (nur bei AmEx)**

SEPA Lastschriftverfahren – Regelmäßige Zahlung

Zahlungsempfänger-Identifikationsnummer : GB04ZZZSDDBOFA839004600869673

☐ Bei Bankeinzug/ Bankdatenänderung bitte hier ankreuzen.

IBAN: D E BIC:

Bankleitzahl (BLZ) Kontonummer

Sie können diese Informationen Ihrem Kontoauszug entnehmen oder bei Ihrer Bank erfragen.

Kontoinhaber
Kreditinstitut/Adresse

Zahlungsgenehmigung: Ich möchte die oben angegebenen Produkte von Lifeplus Europe erwerben. Ich kenne meine Widerrufsrechte aus der umseitig bzw. oben aufgeführten Widerrufsbelehrung.

Hiermit ermächtige ich Lifeplus Europe, die erforderliche Summe von meiner Kreditkarte / meinem Konto abzubuchen. Ich nehme zur Kenntnis, dass dieser Auftrag nur bearbeitet werden kann, wenn meine Kreditkarte / mein Bankkonto gedeckt ist. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Sollte dieser Auftrag ein ASAP sein, ermächtige ich Lifeplus Europe, die erforderliche Summe für diesen Dauerauftrag jeden Monat am Bearbeitungstag von meiner Kreditkarte / meinem Bankkonto abzubuchen. Ich bestätige darüber hinaus, dass ich die umseitigen Geschäftsbedingungen auf diesem Formular gelesen und die Datenschutzerklärung auf der Lifeplus-Website www.lifeplus.com überprüft habe.

SEPA-Lastschriftverfahren: Sie haben gegenüber Ihrem Kreditinstitut gemäß den mit ihm vereinbarten Bedingungen ein Recht auf Rückerstattung des belasteten Betrags. Eine Rückerstattung muss innerhalb von acht Wochen seit der Belastung Ihres Kontos angefordert werden. Hinweis: Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Vertrag zwischen mir und Lifeplus und die Zahlungsgenehmigung verstanden habe.

Unterschrift des Bestellers/Konto-/Karteninhabers	Datum: