

# Bestellformular



## 1. Daten des Bestellers:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Strasse & Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

## 2. Zahlungsart *(Bitte gewünschte Zahlungsart ankreuzen):*

Lastschrift *(Nur in der Bundesrepublik Deutschland möglich):*

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Kreditkarte *(weltweit möglich):*

Kartenummer: \_\_\_\_\_ Gültig bis: \_\_\_\_\_

CVC *(die letzten 3 Ziffern auf der Rückseite der Karte):* \_\_\_\_\_

Nachname *(Deutschland & Österreich) zzgl. 4,95 Euro Nachnamegebühr*

Anzahl	Präparat	Packungsgröße	Verkaufspreis	Summe
		<i>Anzahl der Kapseln</i>	<i>Euro</i>	<i>Euro</i>
	MCP Fat Blocker®	60	22,95	
	MCP Fat Blocker®	100	33,95	
	MCP Fat Blocker®	200	65,95	
	Lipotrope Fat Burner®	90	49,95	
	Guglipid ayurveda®	90	45,95	
	Diabgymna®	30	22,95	
	Diabgymna®	60	44,95	
	Diabgymna®	120	89,90	
	Diabgymna®	240	179,80	
	HypertoSan®	30	25,45	
	HypertoSan®	60	49,95	
	HypertoSan®	90	72,95	
	HypertoSan®	120	96,95	
	LebertoSan®	30	17,45	
	LebertoSan®	60	29,95	
	LebertoSan®	90	43,95	
	LebertoSan®	120	54,95	
	NeurotoSan®	40	23,95	
	NeurotoSan®	60	33,95	
	NeurotoSan®	90	43,95	
1	Versandkosten	Kurierdienst	2,95	
	Rechnungsbetrag			

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Bestellung rechtsverbindlich an. Sofern ich die Zahlungsart Lastschrift oder Kreditkarte gewählt habe, darf der Rechnungsbetrag einmalig meinem Konto belastet werden. Ich versichere, dass auf meinem Konto Kontodeckung besteht. Die Lieferzeit beträgt etwa 2-3 Tage. Es gelten die AGB der Firma apimanu company, Ltd., die ich anerkenne.

Unterschrift

Ort/Datum

**Bestell-  
möglichkeiten**  
**Internet: [www.apimanu.com](http://www.apimanu.com)**  
**Telefon: 0180 38 68 78 841 (Deutschland) 0415000860 (Schweiz) 012297105 (Österreich)**  
**Fax: 0180 38 68 78 846 (Deutschland) 0049 (0) 180 38 68 78 846 (Österreich & Schweiz)**