Lifeplus

Bestellformular

Basis

DE

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

Herr/Frau Nachname _____ Vorname _____ PIN Nummer _____

Strasse _____ Plz _____ Ort _____

Tel. (privat) _____ Tel. (tagsüber) _____ Tel. (Handy) _____

Fax _____ Email _____

Abweichende Versandanschrift bei: (Name) _____

Strasse _____ Plz _____ Ort _____

Name Ihres Sponsors /Empfehlers Lars Hulsman PIN-Nr. Ihres Sponsors 2004701

Bitte senden Sie mir die folgenden Lifeplus-Produkte:

Anz.	Produkt-Nr.	Produktbezeichnung	ASAP-Preis (automatische Lieferung)	Für ASAP bitte ankreuzen!	IP	Preis /Euro	Gesamt /Euro
	5000	OmeGold (Omega-3-Fischtrankapseln)	* ->	☐		38,25	
	5525	Proanthenols 100 (OPC)	117,06 ->	☐		62,65	
	5496	TVM (Multivitamin- u. Mineralstoffe)	->	☐		23,31	
	4463	MSM Plus (Methylsulfonylmethan)	->	☐		34,55	
				☐			
				☐			
				☐			
* Vorteile ASAP-Bestellung: Kostenloser Versand und günstigere Produktpreise							

☐ **Partner Willkommens-Paket hinzufügen**

Gesamt IP | **Zwischensumme**

Versandkosten

Gesamtsumme Euro

Lifeplus Stiftung; freiwilliger Beitrag* Euro _____

*Diese Spende ist nicht von der Steuer absetzbar.

Wahlweiser Eintritt

Um Papierverschwendung zu vermeiden, haben wir aus Gründen des Umweltschutzes entschieden, die Lifeplus Literatur nach Ihrer ersten Bestellung nicht mehr automatisch den darauffolgenden Paketen beizulegen. Sollten Sie aber die Literatur jeden Monat erhalten wollen, dann kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an. ☐

Bestimmen Sie Ihre Zahlungsmethode:

☐ VISA ☐ Master Card ☐ American Express

Kreditkarten Nr. ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Kartenprüfnummer _____

Gültig bis:____/____

Gültig ab: (nur bei AmEx)____/____

Karteninhaber _____

SEPA Lastschriftverfahren – Regelmäßige Zahlung

Zahlungsempfänger-Identifikationsnummer : GB04ZZZSDDBOFA839004600869673

☐ Bei Bankeinzug/ Bankdatenänderung bitte hier ankreuzen.

IBAN: DE ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bankleitzahl (BLZ) Kontonummer

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut/Adresse _____

Kaufvertrag zwischen dem Käufer und Lifeplus Europe Ltd (das "Unternehmen", "Lifeplus", "wir" bzw. "uns"). Ich möchte die oben angegebenen Produkte von Lifeplus Europe Ltd. erwerben und habe den Gesamtpreis für die Ware an Lifeplus bezahlt. Ich kenne meine Widerrufsrechte aus den umseitig aufgeführten Stornierungsbedingungen. Auch habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass meine Daten gemäß der umseitig aufgeführten Datenschutzerklärung gespeichert und bearbeitet werden.

Zahlungsgenehmigung: Hiermit ermächtige ich Lifeplus Europe Ltd, die erforderliche Summe von meiner Kreditkarte/meinem Bankkonto abzubuchen und/oder mein Kreditinstitut anzuweisen, mein Konto mittels Lastschrift zu belasten. Ich ermächtige mein Kreditinstitut, die Aufträge von Lifeplus Europe Ltd auszuführen.

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. Außerdem bestätige ich, dass ich die Erklärung zum ASAP auf der Rückseite dieses Formulars gelesen 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 Europe und die Zahlungsgenehmigung verstanden habe.

Unterschrift des Bestellers/Konto-/Karteninhabers _____ **Datum** _____ / _____

☐ Bitte hier ankreuzen, wenn Sie keine Emails mit den neuesten Lifeplus Angeboten, Produkten oder Updates von uns erhalten möchten.

Nur für bestehende Aufträge:

Sie können Ihren ASAP-Auftrag jederzeit ändern oder stornieren, indem Sie diesen Teil des Formulars ausfüllen und an uns senden, faxen oder unter der gebührenfreien Festnetznummer 0800 101 3201 anrufen.

☐ **Ändern ab:** _____ ☐ **Stornieren ab:** _____