HAUS-LIEFERSERVICE Deutschland TestMonat

…wir bringen Gesundheit nach Hause.

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Anzahl Pakete	**Anzahl Pakete**	**Anzahl Pakete**	**Anzahl Pakete**	**Anzahl Pakete**
___ Juice PLUS+® **Kapseln** (4 x 2 Dosen pro Paket)	___ Juice PLUS+® **Kautabletten** (4 x 2 Dosen pro Paket)	___ Juice PLUS+® **Beerenauslese** (4 Dosen pro Paket)	Juice PLUS+® **Complete** (6 Dosen pro Paket) ___ Schoko ___ Vanille ___ Mix	___ Juice PLUS+® **Gummies** (2 x 2 Dosen pro Paket)
☐ **Gesamtzahlung** € 190.- pro Paket Lieferrhythmus: ☐ Monatlich ☐ Alle 2 Mt. ☐ Alle 4 Mt.	☐ **Gesamtzahlung** € 100.- pro Paket Lieferrhythmus: ☐ Monatlich ☐ Alle 2 Mt. ☐ Alle 4 Mt.	☐ **Gesamtzahlung** € 100.- pro Paket Lieferrhythmus: ☐ Monatlich ☐ Alle 2 Mt. ☐ Alle 4 Mt.	☐ **Gesamtzahlung** € 153.- pro Paket Lieferrhythmus: ☐ Monatlich ☐ Alle 2 Mt. ☐ Alle 3 Mt.	☐ **Gesamtzahlung** € 114.- pro Paket Lieferrhythmus: ☐ Monatlich ☐ Alle 2 Mt. ☐ Alle 4 Mt.
☐ **Test für 1 Monat** 2 Dosen à € 27,50 1 x Monat € 55,- inkl. MwSt. zzgl. 4,- € Versand	☐ **Test für 1 Monat** 2 Dosen à € 27,50 1 Monat € 55,- inkl. MwSt zzgl. 4,- € Versand	☐ **Test für 1 Monat** 1 Dose à € 29,50 1 x Monat € 29,50 inkl. MwSt zzgl. 4,- € Versand	☐ **Test für 1 Monat** 1 Dose à € 35,- 1 x Monat € 35,- inkl. MwSt. zzgl. 4,- € Versand	☐ **Test für 1 Monat** 1 Dose à € 33,50 1 x Monat € 33,50 Lieferrhythmus nur zzgl. 4,- € Versand
Ich wünsche die erste Lieferung: ☐ sofort oder ___/___ (Monat) (Jahr)	Ich wünsche die erste Lieferung: ☐ sofort oder ___/___ (Monat) (Jahr)	Ich wünsche die erste Lieferung: ☐ sofort oder ___/___ (Monat) (Jahr)	Ich wünsche die erste Lieferung: ☐ sofort oder ___/___ (Monat) (Jahr)	Ich wünsche die erste Lieferung: ☐ sofort oder ___/___ (Monat) (Jahr)

Vertragshändler ID: 2094208597D

Vorname: Harald

Nachname: Kühnel Beauty & Wellness-Produkte

Lieferadresse: ☐ Frau ☐ Herr ☐ bin bereits HLS Kunde, Nr.: ☐ bin Neukunde

Vorname: Nachname:

Adresse:

PLZ/Ort: Telefon:

E-Mail: Geburtsdatum: / /

Zahlungsbedingungen:

Karten-/Kontoinhaber:

Adresse:

PLZ/Ort:

☐ **Per Lastschriftermächtigung:**

Kreditinstitut:

Adresse/PLZ/Ort:

Konto-Nr.: Bankleitzahl

☐ **Per Kreditkarte:** ☐ VISA ☐ Euromastercard

Karten-Nr.: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Gültig bis: ☐☐/☐☐

Ich bestelle hiermit verbindlich die oben gekennzeichneten Produkte in dem entsprechenden Lieferrhythmus.Von den umseitigen Geschäftsbedingungen, insbesondere der **Widerrufsbelehrung**, habe ich Kenntnis genommen.

Ort/Datum: Unterschrift:

Original - NSA Gelb - Kunde Rosa - VH