

BESTELLFORMULAR PROBEVERSANDSET / INFOMAPPEN

Bitte senden Sie mir

Infomappen

(beinhalten Informationen zu Anwendung + Bestellvorgang
sowie Bestellformular und Preisinformationen)

zu

EigenblutEx. EigenurinEx.

PlazentaEx. MuttermilchEx.

NabelschnurEx. NabelschnurblutEx.

Versandset

(beinhaltet Probeversandgefäß, Rücksendekuvert,
Informationen zu Anwendung + Bestellvorgang sowie
Bestellformular und Preisinformationen)

für

Eigenblut:Ex. Eigenurin:Ex.

Plazenta:Ex. Muttermilch:Ex.

Nabelschnurblut:Ex. Nabelschnur:Ex.

Sonstige GewebeEx.

(bitte Art des Gewebes angeben.....)

Sie sind ... (bitte ankreuzen)

- Hebamme
- Ärztin / Arzt
- Heilpraktiker/in
- Geburtsvorbereitungskurs
- oder
.....

Ihre Bestelldaten

Name

Vorname

Strasse und Hausnummer

Postleitzahl - Ort

Land

Telefon

FAX

eMail

Webseite

http://

Ihr Bestellung ...

senden Sie bitte **schriftlich** an die

Engel-Apotheke
Herrenstr.5
D-79098 Freiburg

oder bestellen Sie **per FAX**

+49 (0) 761 3 45 63

oder nutzen Sie unseren **online Bestellservice**

www.plazentanosoden.com

Stand Juli 2011