

BESTELLFORMULAR GEBURTSNOSODEN

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ausgangsmaterial

- Plazenta Muttermilch
- Nabelschnur Nabelschnurblut

Probeversandgefäß

- bitte zusenden bitte nicht zusenden, da bereits vorhanden

Bestellung Stamm-Dilution (Lösung) in C3 bzw. D3

- D3 1 x 10ml (€ 4,70) 2 x 10ml (€ 8,50) 3 x 10ml (€ 10,90)
- C3 1 x 10ml (€ 4,70) 2 x 10ml (€ 8,50) 3 x 10ml (€ 10,90)

Einlagerung der Stamm-Dilution

- ich möchte die Stammlösung bei mir zuhause lagern
oder
- die Stammlösung(en) soll(en) in der Engel-Apotheke gelagert werden.
Kosten: erste Stammlösung (nur Einlagerung) 10ml € 72,00 für 3 Jahre
weitere Lösungen (nur Einlagerung) je 10ml € 19,90 für 3 Jahre

Bestellung einzelner Potenzen je 10g Globuli

Gewünschte Potenz(en):				
D-Potenz	C-Potenz		D-Potenz	C-Potenz
<input type="radio"/> D4	<input type="radio"/> C4	je € 25,00	<input type="radio"/> D6	<input type="radio"/> C6
<input type="radio"/> D8	<input type="radio"/> C8	je € 33,00	<input type="radio"/> D12	<input type="radio"/> C12
<input type="radio"/> D20	<input type="radio"/> C20	je € 39,50	<input type="radio"/> D30	<input type="radio"/> C30
<input type="radio"/> D200	<input type="radio"/> C200	je € 195,00		

Wünschen Sie die Herstellung von mehreren Einzelpotenzen einer Potenzart, z.B. D-Potenzen, so berechnet sich der Gesamtpreis aus dem Preis der höchsten D-Potenz zzgl. € 4,80 für jede weitere bestellte D-Potenz. Dieser Preisvorteil bezieht sich immer nur auf Potenzen einer Potenzart!

Bestellung Globuliset je 10g

- D4 + D6 + D8 + D12 + D20 + D30 € 65,00
- C4 + C6 + C8 + C12 + C20 + C30 € 65,00

Bestellung größerer Globulimengen ... (€ 2,- pro 10g)

bitte senden Sie mir **zusätzlich** zu meiner obigen Bestellung

- 1.) Potenz Menge , 2.) Potenz Menge
- 3.) Potenz Menge , 4.) Potenz Menge
- 5.) Potenz Menge , 6.) Potenz Menge

Nosoden-Box ... praktisch für unterwegs ... € 9,95

- Nosoden-Box (Aluminiumbox) mit 9 Gläschen 1,5g (leer) € 9,95
- Die silberfarbene Aluminiumbox (9,3 x 6 x 1,5 cm) ist mit waschbarem Schaumstoff ausgekleidet. Die »Nosoden-Box« enthält fünf leere, mit den Potenzen D6, D8, D12, D20 und D30 (bzw. den C-Potenzen) beschriftete Gläser und vier weitere leere Gläser zur individuellen Auffüllung.

Plazentasalben

Bitte benutzen Sie das Bestellformular „Plazentasalben“

Zusendung ... oder Abholung

- die bestellte Ware wird in der Engel-Apotheke abgeholt
- bitte senden Sie mir die bestellte Ware mit Rechnung zu

Versand- und Verpackungskosten

Der Warenversand nach Deutschland erfolgt mit Rechnung.
Der Warenversand ins Ausland erfolgt nur gegen Vorkasse (siehe Extraintformationen).
Warenversand innerhalb Deutschlands
Versandkosten Vorabsendung Versandset € 5,90
Versandkosten für die Zusendung der bestellten Ware € 4,00

Warenversand in das europäische Ausland

Versandkosten Vorabsendung Versandset europaweit € 5,90
Versandkosten für die Zusendung der bestellten Ware
Ländergruppe 1: Belgien, Dänemark, Luxemburg, Niederlande, Österreich € 16,00
Ländergruppe 2: Frankreich, Italien, Großbritannien € 20,00
Ländergruppe 3: Irland, Finnland, Polen, Portugal, Spanien, Schweden, Slowakische Rep., Tschechische Rep., Ungarn, Slowakei, Slowenien € 26,00

Andere Länder:

Versandkosten auf Anfrage.

Zahlungen aus Nicht EU-Ländern (z.B. Schweiz)

Bitte beachten Sie, dass Banken bei Zahlungen über die EU-Außengrenzen hinweg Gebühren verlangen. Bitte weisen Sie Ihre Bank an, Ihnen diese Gebühren in Rechnung zu stellen. Stellen Sie dadurch sicher, dass bei Ihrer Bezahlung der Gesamtrechnungsbetrag unserem Konto gutgeschrieben wird.

Alle angegebenen Preise sind inkl. 19% MwSt.

Darüber hinaus gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Ihre Bestelldaten

Name der Mutter

Vorname der Mutter

voraussichtlicher Geburtstermin

Strasse und Hausnummer

Land - Postleitzahl - Ort

Telefon

FAX

eMail

Gesundheitsauskunft (bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

Sind bei der Mutter übertragbare Erkrankungen bekannt, wie z.B. Hepatitis, Geschlechtskrankheiten oder AIDS? Ja nein
Wenn ja, welche?
.....

Erfolgt die Bestellung durch eine andere Person:

Name, Vorname Auftraggeber (in) ... falls abweichend von Muttername

Adresse Auftraggeber (in) ... falls abweichend von obiger Adresse

Bitte senden Sie die Rechnung an:

Mutter Auftraggeber (bitte ankreuzen)

Bitte senden Sie die Ware an:

Mutter Auftraggeber (bitte ankreuzen)

Datum

Unterschrift

Ihre 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**