



Klosterl-Apotheke

Testsatz „Schüßler-Salze“

27 Glasröhrchen in 3 Kartons

Der Testsatz Schüßler-Salze enthält die 12 biochemischen Basismittel und die 15 Ergänzungsmittel nach Dr. W. H. Schüßler, in Globuli (Globuli aus Saccharose, lactosefrei)

Karton A

- Nr. 1 Calcium fluoratum D12
- Nr. 2 Calcium phosphoricum D12
- Nr. 3 Ferrum phosphoricum D12
- Nr. 4 Kalium chloratum D6
- Nr. 5 Kalium phosphoricum D6
- Nr. 6 Kalium sulfuricum D6
- Nr. 7 Magnesium phosphoricum D12
- Nr. 8 Natrium chloratum D6
- Nr. 9 Natrium phosphoricum D6

Karton B

- Nr. 10 Natrium sulfuricum D6
- Nr. 11 Silicea D12
- Nr. 12 Calcium sulfuricum D6
- Nr. 13 Kalium arsenicosum D12
- Nr. 14 Kalium bromatum D6
- Nr. 15 Kalium jodatam D6
- Nr. 16 Lithium chloratum D6
- Nr. 17 Manganum sulfuricum D6
- Nr. 18 Calcium sulfuratum D12

Karton C

- Nr. 19 Cuprum arsenicosum D12
- Nr. 20 Kalium aluminium sulfuricum D6
- Nr. 21 Zincum chloratum D12
- Nr. 22 Calcium carbonicum D12
- Nr. 23 Natrium bicarbonicum D6
- Nr. 24 Arsenum jodatam D12
- Nr. 25 Aurum chloratum natronatum D12
- Nr. 26 Selenium D12
- Nr. 27 Kalium bichromicum D6

Bestellung ____ Testsatz Schüßler-Salze

€ 21,00 (inkl. MwSt.) zzgl. € 5,50 Versandpauschale in Deutschland, Ausland auf Anfrage

Name, Vorname, Titel

Arzt Heilpraktiker Physiotherapeut sonst. Therapeut:

Schwerpunkt

Straße Nr.

PLZ Ort

E-Mail-Adresse (für Versandbenachrichtigung).

Telefon Fax

Zahlungsweise: Lastschrift mit ausgefülltem SEPA-Mandat (siehe Rückseite) Rechnung
oder SEPA-Lastschriftmandat bereits eingereicht

Datenschutz-Hinweis: Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen (abrufbar unter www.kloesterl-apotheke.de) und willige ein, dass die Klosterl-Apotheke die von mir mitgeteilten Adress- und Gesundheitsdaten erhebt und verarbeitet, soweit dies für die Begründung und Durchführung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist.

Datum Unterschrift



Klösterl-Apotheke

Name und Anschrift des Empfängers:
Klösterl-Apotheke
Josepha Brada-Wallbrecher e.K.
Postfach 10 09 05
80083 München

Mandatsreferenz (= Kundennummer):

_____ *wird bei Neukunden separat mitgeteilt*

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer: Festnetz oder Mobil

Kreditinstitut

BIC

IBAN: _____

SEPA nur in Deutschland oder Österreich möglich

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000034846

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Klösterl-Apotheke, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Klösterl-Apotheke auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Im Rahmen des SEPA-Lastschriftmandates wird die Klösterl-Apotheke Sie mindestens 5 Tage vor Fälligkeit mit der jeweiligen Rechnung über Abbuchungsbetrag und Abbuchungstermin informieren (Pre-Notification).

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Klösterl-Apotheke
Josepha Brada-Wallbrecher e.K.
Färbergraben 12 Rgb.
80331 München

Ihr Kontakt zu uns
Postfach 10 09 05 • 80083 München
Tel. 089/54 34 32-11 • Fax 089/54 34 32-77
apotheke@kloesterl.de • www.kloesterl-apotheke.de

Firmensitz
Hotterstr. 3 • 80331 München
Registergericht München HRA 73779
USt-IdNr. DE 321 029 456