

## SONDER-BESTELL-AKTION

Per Fax an 02961-9118105 oder per

Email an [buero@foerder-verein-online.de](mailto:buero@foerder-verein-online.de)



# IQWELL SCANNER

## Quanten-Resonanz-Magnetfeld-Analyzer

Das Gerät ist ein weiterentwickeltes System der Bioresonanz. Die Auswertung zeigt den körperlichen und energetischen Gesundheits- & Vitalzustand an. Es analysiert nicht im Sinne einer labortechnischen Diagnostik, sondern führt einen

quantenphysikalischen Resonanzvergleich durch ...



Hiermit bestelle ich im Rahmen der

**FÖRDER-VEREIN-EINFÜHRUNGS-AKTION** verbindlich

       Stück **IQWELL SCANNER** zum **PREIS** von **849,00€** anstatt **899,00€**

Preise incl. MWSt zzgl Versandkosten

zur Lieferung an folgende Rechnungs- Adresse:

Name:

Email:

Strasse:

PLZ / ORT:

Sie erhalten in Kürze eine Vorabrechnung zu Ihrer Bestellung an Ihre Email-Adresse;

Die Auslieferung erfolgt nach Zahlungseingang auf dem Vereinskonto.

---

**Bezahlwege exklusiv nur für Vereinsmitglieder / Vereinsmitglieder erhalten 10% Rabatt**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich zahle per <b>Lastschrift</b> :                             | <input type="checkbox"/> mein Lastschriftmandat liegt dem Förderverein vor   |
|   | <input type="checkbox"/> das LS-Mandat auf der Rückseite habe ich ausgefüllt   |
| <input type="checkbox"/> Ich beantrage <b>Ratenzahlung</b>                              | <input type="checkbox"/> 1. Rate: 364,10 €+Versand; 2. & 3. Rate je 200,00€<br>(nur für Vereinsmitglieder mit Lastschrift-Verfahren) |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle per <b>Überweisung</b> nach Erhalt der Vorabrechnung |  |
- 

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

# SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Ich/Wir ermächtige/n hiermit den

**Förder-Verein für Gesundheit, Vitalität und Lebensqualität e. V.**

**Büro-Adresse:**

**Schmelterfeld 37; 59929 Brilon**

**Vereinsregister-Nr: VR 1717**

**am Amtsgericht Arnsberg A-Nr 38087**

vertreten durch den gewählten Vorstand, widerruflich Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Förder-Verein für Gesundheit, Vitalität und Lebensqualität e. V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis: Ich kann /Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend vom Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem(unserem) Kreditinstitut und dem Förder-Verein vereinbarten Bedingungen.**

**Die Rechnungen des Förderverein dürfen zum vereinbarten Zahlungstermin abgebucht werden von meinem/ unserem Konto**

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Bei der Bank; \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_