

EU-Kommissionärs-Preisliste und Bestellschein Abo

Amegon GmbH  
 Postfach 16 64  
 D-23836 Bad Oldesloe  
 Telefon: 04531 - 17880-400  
 Fax 04531 - 17880-444  
 E-Mail: Info@amegon.com

Ident-Nummer und  
 Länderkennung: \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

Lieferanschrift (Nur ausfüllen, wenn abweichend.)  
 Name.....  
 Straße.....  
 PLZ/Ort.....  
 Telefon.....

Produktinformationen nach der LMIV finden  
 Sie auf unserer Homepage  
 www.amegon.com

Artikel-Nr.	Artikel	Inhalt	VK-EUR netto	VK-EUR brutto	GV	PW	EK-EUR netto	MW ST	Bestell Menge	EK EURO brutto	Gesamt-preis
<b>Abos</b>											
Nahrungsergänzungs - Abos sind 10 % günstiger. Die Abos sind jederzeit schriftlich kündbar, wird ein Abo nicht gekündigt, läuft es unbegrenzt weiter.											
12010	Abo A = Anapuna Alpha+Beta+Gamma+Delta	4 Dosen	87,26	93,37	63,72	63,09	65,61	7 %		70,20	
12020	Abo B = Wave	30 x 20 ml	61,59	73,29	44,96	44,52	46,30	19 %		55,10	
12030	Abo C = Anapuna Alpha/Beta + Wave	2 x 60 Kaps. 30 x 20 ml	105,22	119,97	76,82	76,06	79,10	7+19 %		90,20	
12050	Abo D = Wave Lachsöl	30 x 20 ml 1 x 90 Kaps.	76,67	89,43	55,98	55,43	57,64	7+19 %		67,23	
12070	Abo E = Wave Lachsöl+OPC	30 x 20 ml 1 x 90 Kaps. 1 x 60 Kaps.	108,74	123,74	79,40	78,61	81,75	7+19 %		93,03	
60010	Amegon Comet	2 x 110 Kaps.	104,69	112,02	76,45	75,69	78,71	7 %		84,22	
60030	Horizont	2 x 60 Kaps.	104,62	111,94	61,13	75,64	78,66	7 %		84,17	
12090	Amegon Fitness-Kur	4 Dosen	104,01	111,29	73,71	100	78,20	7 %		83,67	

**Zahlungsarten**

- Nachnahme: Gebühr 5,60 EURO netto  
Keine Nachnahme für Groß Britannien, Griechenland und Irland!
- Barzahlung (Nur bei Abholung) 23843 Bad Oldesloe, Rögen 24

Visa oder MasterCard - Nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

gültig bis: KPN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Karteninhabers

Bearbeitungszeit ca 1-2 Wochen:

Nachstehende Zahlungsarten nur bis 15. des Monats (bei Amegon eingehend) möglich, da sonst die Punktegutschrift im laufenden Monat nicht gewährleistet ist:

Datum

Unterschrift

Verrechnungsscheck Nr. .... (Summe unbegrenzt)

Überweisung Bearbeitung nach Zahlungseingang  
 EUR ..... vom .....

**Bankverbindung:**

Raiffeisenbank Leezen  
 BIC: GENODEF1LZN  
 IBAN: DE57 2306 1220 0001 1809 59

Netto Einkauf kleiner 89,99EUR  
 V+V 6,90 EUR incl.MWST

Netto Einkauf  
 90,00 bis 209,99 EUR  
 V + V 4,05 EUR incl. MWST

Netto Einkauf ab 210,00 EUR  
 V + V Kosten 0,00 EUR

**Gesamtbetrag  
 incl. MWST**