

## Persönliche Information Bitte deutlich in Großbuchstaben ausfüllen (mit schwarzer Tinte)

Herr/Frau Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ PIN Nummer \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Plz \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. (privat) \_\_\_\_\_ Tel. (tagsüber) \_\_\_\_\_ Tel. (Handy) \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Abweichende Versandanschrift bei: (Name) \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Plz \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name Ihres Sponsors /Empfehlers **Sabine Wienpahl** PIN-Nr. Ihres Sponsors **7317963**

## Bitte senden Sie mir die folgenden Lifepilus-Produkte:

Anz.	Produkt-Nr.	Produktbezeichnung	Für ASAP bitte ankreuzen!	IP	Preis /Euro	Gesamt /Euro
1	494463	Organischer Schwefel	<input checked="" type="checkbox"/>		34,55	34,55
1	495696	Antioxidantien, Vit./Mineralst., Mineral-Shake, Omega 3	<input checked="" type="checkbox"/>		163,80	163,80
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			

**Bitte ändern Sie ab dem 2. Monat mein ASAP auf 495516 Antioxidantien Kapseln, Vitamine/Mineralstoffe**

Partner Willkommens-Paket hinzufügen

Gesamt IP	Zwischensumme	<b>198,35</b>
	Versandkosten	<b>0,00</b>
	Gesamtsumme Euro	<b>198,35</b>

Lifepilus Stiftung: freiwilliger\* Euro \_\_\_\_\_

\*Diese Spende ist nicht von der Steuer absetzbar.

## Wahlweiser Eintritt

Um Papier verschwendung zu vermeiden, haben wir aus Gründen des Umweltschutzes entschieden, die Lifepilus Literatur nach Ihrer ersten Bestellung nicht mehr automatisch den darauffolgenden Paketen beizulegen. Sollten Sie aber die Literatur jeden Monat erhalten wollen, dann kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an.

## Bestimmen Sie Ihre Zahlungsmethode:

VISA  Master Card  American Express

Kreditkarten Nr.

Kartenziffernnummer \_\_\_\_\_

Gültig bis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gültig ab: (nur bei AmEx) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Kartenziffernhaber \_\_\_\_\_

## SEPA Lastschriftverfahren – Regelmäßige Zahlung Zahlungsempfänger-Identifikationsnummer : GB04ZZZSDDBOFA839004600869673

Bei Bankeinzug/ Bankdatenänderung bitte hier ankreuzen.

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

Bankleitzahl (BLZ) \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_

Sie können diese Informationen Ihrem Kontoauszug entnehmen oder bei Ihrer Bank erfragen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## Kreditinstitut/Adresse \_\_\_\_\_

Kaufvertrag zwischen dem Käufer und Lifepilus Europe Ltd (das "Unternehmen", "Lifepilus", "wir" bzw. "uns"). Ich möchte die oben angegebenen Produkte von Lifepilus Europe Ltd. erwerben und habe den Gesamtpreis für die Ware an Lifepilus bezahlt. Ich kenne meine Widerrufsrechte aus den umseitig aufgeführten Stornierungsbedingungen. Auch habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass meine Daten gemäß der umseitig aufgeführten Datenschutzerklärung gespeichert und bearbeitet werden.

Zahlungsgenehmigung: Hiermit ermächtige ich Lifepilus Europe Ltd, die erforderliche Summe von meiner Kreditkarte/meinem Bankkonto abzubuchen und/oder mein Kreditinstitut anzuweisen, mein Konto mittels Lastschrift zu belasten. Ich ermächtige mein Kreditinstitut, die Aufträge von Lifepilus Europe Ltd auszuführen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass dieser Auftrag nur bearbeitet werden kann, wenn meine Kreditkarte/mein Bankkonto gedeckt ist. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Sollte dieser Auftrag ein ASAP sein, ermächtige ich Lifepilus Europe, die erforderliche Summe für diesen Dauerauftrag jeden Monat am Bearbeitungstag von meiner Kreditkarte/meinem Bankkonto abzubuchen. Außerdem bestätige ich, dass ich die Erklärung zum ASAP auf der Rückseite dieses Formulars gelesen habe.

SEPA-Lastschriftverfahren: Sie haben gegenüber Ihrem Kreditinstitut gemäß den mit ihm vereinbarten Bedingungen ein Recht auf Rückerstattung des belasteten Betrags. Eine Rückerstattung muss innerhalb von acht Wochen seit der Belastung Ihres Kontos angefordert werden. Hinweis: Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Vertrag zwischen mir und Lifepilus Europe und die Zahlungsgenehmigung einverstanden habe.

Unterschrift des Bestellers/Konto-/Kartenziffernhabers \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bitte hier ankreuzen, wenn Sie keine Emails mit den neuesten Lifepilus Angeboten, Produkten oder Updates von uns erhalten möchten.

## Nur für bestehende Aufträge:

Sie können Ihren ASAP-Auftrag jederzeit ändern oder stornieren, indem Sie diesen Teil des Formulars ausfüllen und an uns senden, faxen oder unter der gebührenfreien Festnetznummer 0800 101 3201 anrufen.

Ändern ab: \_\_\_\_\_  Stornieren ab: \_\_\_\_\_