SYNERGY
leave a legacy

# ELEMENCE PROMOTION BESTELLFORMULAR

DEUTSCHLAND

Synergy WorldWide Europe B.V. C/O HealthLink Europe, De Tweeling 20-22, 5215 MC's Hertogenbosch, Niederlande
**Kundendienst Telefon** 08007235116 • **Fax** 08005250253
**Email** GermanyCS@synergyworldwide.com • **Web** de.synergyworldwide.com

**DIE PROMOTION ENDET AM 31. AUGUST 2015**

**VERTRIEBSPARTNER INFORMATION - Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen!**

Synergy ID Nummer

Name (Familienname, Vorname) oder Name der Firma

Datum (TT/MM/JJJJ)

e-Mail Adresse

**VERSENDEN AN**

Name

Telefon

Adresszeile 1

Adresszeile 2

Postleitzahl

Stadt

elemence™

**SOMMER HAUTPFLEGE PROMOTION** - #SU70801
1 - Elemence Cleansing Gel
1 - Elemence Facial Scrub
1 - Elemence Hydrating Toner
1 - Elemence Bright Renewal Serum
1 - Elemence Repair Complex

☐ **1 PAKET**
$145* • 75CV

☐ **2 PAKETE**
$280* • 150CV

☐ **3 PAKETE**
$415* • 225CV

*Preis inkl. Lieferkosten, MwSt und aller anfallenden Gebühren

**WICHTIG:** Die Teammitglieder müssen ihre normale monatliche Autoship-Bestellung erledigt haben, bevor sie von dieser Sonderaktion profitieren können. Diese Promotion ist in Island und Finnland nicht verfügbar.

## ZAHLUNGSWEISE

**WÄHLEN SIE EINE OPTION**

**Kreditkarte** (Kartennummer) ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

☐ **Visa** ☐ **MasterCard**

Hiermit ermächtige ich Synergy WorldWide meine Kreditkarte mit dem Betrag für die Bestellung zu belasten. Das bezieht sich auf die eigentliche Bestellung sowie alle Versandkosten und, falls angekreuzt, für alle AutoVersand-Bestellungen.

**Ablaufdatum** ___/___

Name auf der Karte

Unterschrift des Karteninhabers

Unterschrift

**Einzugsermächtigung**

Name der Bank

Stadt der Zweigstelle

SWIFT/BIC

IBAN

Inhaber des Kontos

☐ **Einzugsermächtigung.** Kreuzen Sie das Kästchen an und unterschreiben Sie diesen Paragraphen, wenn Sie dieses Konto zur Abbuchung fälliger Beträge freigeben wollen. Ich ermächtige Synergy WorldWide Europe B.V. C/O HealthLink Europe, De Tweeling 20-22, 5215 MC's Hertogenbosch, Niederlande, hiermit widerruflich, alle fälligen Lastschriften von meinem/unserem linksseitig angegebenen Konto einzulösen. Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich zurückgezogen/gekündigt werden.

Ort, Datum / Unterschrift des Kontoinhabers