

**ANTWORT**

SANACELL Handels GmbH  
 Dovestraße 1  
 10587 Berlin

**Ja, ich möchte Mitglied in der SANACELL-Family werden**

Kunden-Nummer:

Name:

Vorname:

Anschrift:

PLZ:  Wohnort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Geburtsdatum:  (Mindestalter 18 Jahre)

Beruf:

Bitte geben Sie Ihre Konto-Nummer, BLZ und Bank an, damit wir wissen, wohin wir Ihre Provision überweisen können.

Kontoinhaber:

Konto-Nummer:

BLZ:

Bank:

**Ihre Mitgliedschaft in der SANACELL-Family.**

Meine Mitgliedschaft beginnt, wenn ich für 200 BonusPunkte bei der SANACELL Handels GmbH eingekauft habe.

Als Mitglied kann ich die SANACELL-Produkte zu bevorzugten Konditionen erwerben, oder kann auf meine Einkäufe von provisionsberechtigten Produkten eine Rückvergütung in Höhe von 20 %\* erhalten.

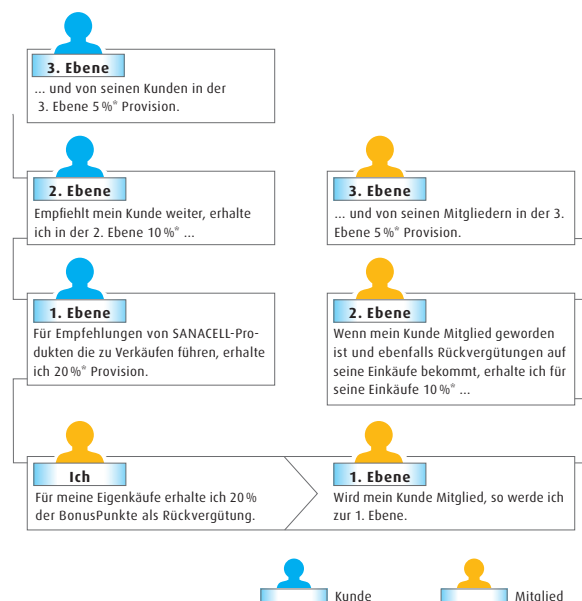
Ich kann an SANACELL-Veranstaltungen zu reduzierten Kosten teilnehmen und erhalte kostenfreie gesundheitsrelevante Informationen.

Für die Abgabe der evtl. anfallenden Einkommensteuer bin ich selbst verantwortlich.

Ich bin nicht verpflichtet weitere Einkäufe oder Vermittlungen zu tätigen. Es werden keine Mitgliedsbeiträge fällig.

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der SANACELL Handels GmbH sind mir bekannt.

(\* alle Prozentangaben jeweils bezogen auf die BonusPunkte lt. Preisliste)



Ort, Datum

Unterschrift