

## Bestellung per Fax 06356-6086872

Hiermit bestelle ich

- ☐ Test zum Preis von 75,00 € inkl. MwSt.
- ☐ REGU-Immun-Anwendung zum Preis von 449,00 € inkl. MwSt.
- ☐ Ich bin Arzt/Heilpraktiker/Gesundheitsberater und interessiere mich dafür, das Verfahren in meiner Praxis aufzunehmen. Bitte senden Sie mir entsprechende Unterlagen zu.

**Anrede:** .....

**Vorname:** .....

**Name:** .....

**Straße:** .....

**PLZ/Ort:** .....

**Land:** .....

**E-Mail:** .....

**Name der Testperson:** .....

**Ort, Datum, Unterschrift:** .....

Bitte senden Sie die ausgefüllte Bestellung per Fax oder Post an:

### **ALLERGIE-IMMUN**

Kurweg 20

D-67316 Carlsberg

Telefon: +49 (0) 6356 - 6086 938

Fax: +49 (0) 6356 - 6086 872

E-Mail: [info@allergie-immun.de](mailto:info@allergie-immun.de)

Web: [www.allergie-immun.de](http://www.allergie-immun.de)