

B.N.M. Fax Rückantwort

Fax: 0251 – 52 60 92

nur für internen Gebrauch:

E-Mail: ebrief@check-around.de

Tel.: 0251 – 52 78 69

ID.:

Internet: <http://www.check-around.de>

Auftragstelle:

Eingabe:

Ausgang:

| | | |
|--|--|-----|
| | | 1 0 |
| | | 1 0 |

B.N.M.

Abt.: Check around

Antoniuskirchplatz 10

48151 Münster

Speichelprobe zum Check around

Bestellschein

bitte alle Felder mit einem ** ausfüllen
Senden Sie diesen Schein **und das / die** „Speichelröhrchen“ an die B.N.M. zurück.

Name:**

Vorname: **

Straße: **

PLZ und Ort: **

Geburtsdatum:**

Telefon:

E-Mail:

Geschlecht: **

männlich

weiblich

Größe:

cm

Gewicht:

kg

Die unten aufgeführten Kosten für den Test verstehen sich inclusiv 19% MwSt.

- | | | |
|--|--|---------|
| <input type="checkbox"/> CHECK AROUND | kleine Gesundheitsvorsorge incl. 60 Min. Beratung | 165,- |
| <input type="checkbox"/> CHECK AROUND +PLUS | mittlere Gesundheitsvorsorge incl. 1 ½ Std. Beratung | 205,- |
| <input type="checkbox"/> CHECK AROUND ZENTRAL | großer Gesundheitsvorsorge incl. 2 ½ Std. Beratung | 590,- |
| <input type="checkbox"/> CHECK AROUND GESUNDHEITSPAKET | alle 3 Tests im Abstand von 4 Wochen | 680,- |
| <input type="checkbox"/> VOLLCHECK | mehrere Tests im Abstand v. 4 Wochen bei Ihnen zu Hause incl. Hauscheck je. ca. 6 Std. | 6.450,- |
| <input type="checkbox"/> HAUSGESUNDHEITSCHECK | im 60 km Umkreis incl. Fahrtzeit, Fahrtkosten u. 1 ½ Std. Beratung | 225,- |

ERKLÄRUNG DES KUNDEN:

Ich, als Kunde, habe mich über das Verfahren der biologisch neuronalen Mustererkennung sowie über die Preise und Zahlungsmodalitäten informiert. Ich weiß, dass es sich hierbei nicht um eine klinische Diagnose handelt, sondern um eine hinweisgebende Maßnahme, wie ich sie mir selber in den verschiedenen Gesundheitsbüchern nachlesen kann. Weiterhin weiß ich, dass der Test darauf hin weist, dass günstigenfalls Vorschläge für eine Verhaltensänderung gemacht werden kann, dass es aber in erster Linie an mir selbst liegt, Schlussfolgerungen zu ziehen und mein Verhalten zu ändern, sofern ich dieses nach Durchführung des Tests für erforderlich erachte. Die Berater können und dürfen keine Ferndiagnosen, Diagnosen oder Therapien verordnen. Die B.N.M. kann und wird mir zu keinem Zeitpunkt eine Heilung versprechen oder zusagen. Die Anforderung ist ein Auftrag im Sinne des BGB.

Erläuterung zum Testergebnis und zur Beratung:

Testbesprechungen erfolgen durch geschulte Therapeuten (Clustertherapeuten, Heilpraktiker, o. Arzt). Sie treten während der Beratung und außerhalb ihrer Praxis nicht als Arzt o. Heilpraktiker auf, sondern als Coach mit einem eigenen Gewerbe.

Datum:

Betrag €:

Unterschrift
des Kunden:

**Mit diesem Auftrag werden die oben gekennzeichneten Testkosten fällig
Bestellschein bitte nur unterschrieben abgeben**

Mein Zahlungswunsch
Bitte unbedingt eines der u. a. Zahlungsmöglichkeiten angeben!

- Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende einmalige Zahlung an der Biologisch Neuronale Mustererkennung bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos (bitte ausfüllen) durch **Lastschrift** einzuziehen.

- Ich habe am _____ der B.N.M. Biologisch Neuronale Mustererkennung in Münster eine einmalige Einzugsermächtigung erteilt. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

- Ich habe die Bestellung **per Vorkasse** auf das Kto der B.N.M. am . . . überwiesen.

- Ich bestelle hiermit **per Rechnung** mit sofortigem Zahlungsziel. Ich weiß, dass ich zuzüglich 9,00 Euro Versäumnisaufschlag, Bearbeitungs- und Mahngebühr zahle werde, wenn ich nicht binnen 14 Tage nach Erhalt der Rechnung zahle.

Angaben nur, wenn das Lastschriftverfahren gewünscht wird:

| Zahlungsempfänger: | Zahlungspflichtiger: (bitte deutlich schreiben) |
|--|--|
| Biologisch Neuronale Mustererkennung Antoniuskirchplatz 10 48151 Münster Kto: 44 50 49 BIZ: 400 501 50 Stadtsparkasse Münster | Name: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Kto.: _____ BLZ: _____ Bank: _____ |
| Internationale Kto (IBAN) u. BIZ (BLZ): IBAN: DE78 4005 0150 0000 44 50 49 SWIFT-BIC.: WELADED1MST | |

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teilsummen werden nicht eingezogen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden

Nur eine vollständig ausgefüllte Bestellung wird von uns bearbeitet.