

nur für internen Gebrauch:

B.N.M.

Abt.: MyCoach

Antoniuskirchplatz 10

48151 Münster

Eingabe:

1 0

Ausgang:

1 0

Bon-Code



Fax Rückantwort

Fax: 0251 - 52 60 92

E-Mail: ebrief@mc4y.de

Tel.: 0251 - 52 78 69

Bestellschein

Senden Sie diesen Schein **und das / die** „Speichelröhrchen“ an die B.N.M. zurück

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich

weiblich

Größe:

cm

Gewicht:

kg

Skype Adr.:

Telefon:

E-Mail:

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

- MyCoach 205,-** incl. 40-50 Min. Beratung- Coaching zur kleinen Grundgesundheitsvorsorge mit 4 Organtestungen: Darmsystem, Gelenke, Wirbelsäule und Herz
- MyCoach ZENTRAL 295,-** incl. 80- 90 Min. Beratung/Coaching zur großen Gesundheitsvorsorge plus 11 Organtestungen: Darmsystem, Gelenke, Wirbelsäule Herz, Magen, Leber, Nieren, Pankreas, Lungen und Bronchien. 8 Wochen Nachbetreuung
- MyCoach OPTIMAL 590,-** incl. 120-160 Min. Beratung/Coaching zur optimaler Gesundheitsvorsorge. Im Test sind mehrere Organtestungen u.a. zu: Herz, Magen, Leber, Nieren, Pankreas, Bronchien und Lungen. Zuzügl. Testauswertung zu Umwelteinflüsse, Umwelttoxine u. zur Psychosoma. 8 Wochen Nachbetreuung.
- PSI ANALYSE 195,-** incl. 50 Min. Beratung/Hinweise zur Psycho – Somatischen – Identifikation.

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. 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 stellen 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 oben gekennzeichneten Testkosten nach Testerhalt fällig.
Bestellschein bitte nur unterschrieben abgeben

Mein Zahlungswunsch

- 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 Konto 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 zahlen 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 Geschäftsführer Rainer Schulte Antoniuskirchplatz 10 48151 Münster	Name: _____
Kto: 44 50 49 BLZ: 400 501 50 Stadtsparkasse Münster	Straße: _____
Steuernummer.: 337/5248/0623 Finanzamt Münster Innenstadt	PLZ / Ort: _____
Internationale Kto. (IBAN) u. BIZ (BLZ): IBAN: DE78 4005 0150 0000 44 50 49 SWIFT-BIC: WELADED1MST	Kto.: _____
	BLZ: _____
	Bank: _____

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.