

# Musteranforderung per Fax an: 06175 / 9323 445

Bitte senden Sie mir kostenlose Muster und Servicematerialien gem. § 47, Abs. 3/4 AMG

Bitte jeweils Mengen angeben / Darreichungsform unterstreichen		Muster	Flyer
<b>Sodbrennen</b>	Luvos-Heilerde ultrafein akut, Pulver/Kapseln		
<b>Säurebedingte Magenbeschwerden</b>	Luvos-Heilerde extrafein akut, Pulver/Kapseln		
<b>Reizdarm</b>	Luvos-Heilerde magenfein, Pulver/Granulat		
<b>Cholesterin</b>	Luvos-Heilerde mikrofein, Pulver/Kapseln/Granulat		
<b>Bindung von Schadstoffen</b>	Luvos-Heilerde imutox, Pulver/Kapseln/Granulat		
<b>Bio-Nahrungsergänzung</b>	Ballaststoff Plus Kapseln		
	Haut Plus Kapseln		
<b>Akne</b>	Luvos-Heilerde 2 hautfein, Pulver / Paste		
<b>Med. Hautpflege</b>	Luvos med Akut-Serum		
	Luvos med Körperlotion		
	Luvos med Waschlotion		
<b>Naturkosmetik</b>	Gesichtspflege		
	Körperpflege		
	Haarpflege		
	Anti-Aging		
<b>Ratgeber für die Anwendung</b>			

(bitte in Druckbuchstaben)

**Praxis/Klinik:** \_\_\_\_\_

**Anrede /Titel:** \_\_\_\_\_

**Vor-/Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift

Ja, ich bin bis auf Widerruf einverstanden Informationen über Luvos® Heilerde per E-Mail zu erhalten. Mehr unter [www.luvos.de/datenschutz](http://www.luvos.de/datenschutz).