

*Service - Anforderung*

Bitte beachten Sie:

Ohne Ihren Praxisstempel und Unterschrift können wir Ihre Anfrage nicht bearbeiten!

LABORATORIUM  
**SOLUNA**  
HEILMITTEL GMBH



SOLUNA  
Heilmittel



LUNASOL  
Kosmetik

**SOLUNA-Fax: 0906/70606-78**

**Laboratorium SOLUNA  
Heilmittel GmbH  
Artur-Pröeller-Straße 7  
86609 Donauwörth**

*Ich möchte anfordern (bitte ankreuzen):*

- Eintrag in die **Soluna-Infodatei:**  
Wir laden Sie schriftlich zu den SOLUNA-Seminaren der Edition-INSOLE ein (kostenlos).
- Anmeldung zum **Newsletter der Edition-INSOLE:**  
Wir informieren Sie aktuell zum Thema "SOLUNATE-Therapie" (kostenlos).  
Ihre E-Mail-Adresse: .....
- Soluna-Infopaket:**  
Wir senden Ihnen ein SOLUNA-Kompodium für Fachkreise & ein Kompodium der LUNASOL-Kosmetik (kostenlos).

**3 SOLUNATE-Muster jährlich:**

Für Heilpraktiker & Ärzte (je 30 ml, kostenlos innerhalb DE).

- |                                     |                                      |   |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 1 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 9  | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 18        |
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 2 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 10 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 19        |
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 3 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 11 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 20        |
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 4 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 12 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 21        |
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 5 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 14 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 22        |
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 6 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 15 | <input type="radio"/> Nr. 28 Äth. Essenz I  |
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 7 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 16 | <input type="radio"/> Nr. 29 Äth. Essenz II |
| <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 8 | <input type="radio"/> SOLUNAT Nr. 17 |   |

- Testsatz der SOLUNATE** (je 2ml) zum Selbstkostenpreis von 16,50€ brutto zzgl. 5,40€ Versand.

*Zu meiner Person:*

Praxisstempel (Ihre Adresse bitte gut lesbar) bzw.  
Legitimation

Ort .....

Datum .....

Unterschrift .....