



Wellness Bureau

Negozio Web Affiliato



Modulo Ordini via Fax

Quantità	Descrizione del prodotto.

Dati per la fatturazione:

Cognome e nome _____

Indirizzo (Luogo di consegna) _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Cod.Fiscale _____

Telefono _____

E-mail _____

Data _____

Firma _____

Dati per il pagamento



numero Carta (16 cifre):

scadenza mese ____ anno ____

CVV2: Numero di sicurezza _____

(ultime tre cifre poste sul retro della carta)



Per ordini via fax: Tel 06.7851326 – 06.89013476

Farma Point S.r.l. – Sede legale: Via Marziale,3 – 00136 Roma P.iva 09318791002