

**Abbazia di San Paolo fuori le Mura · Roma**  
**MODULO D'ORDINE PER SOLO IMMUNOPLEX®-N e HYPOXIS**  
**da inviare al numero di Fax 06.45.47.78.49**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Nome del Medico curante \_\_\_\_\_ *Primo acquisto*  
*Sono già cliente*

<i>NOME</i>	<i>CONFEZIONE</i>	<i>PREZZO</i>	<i>QUANTITÀ DESIDERATA</i> <i>(da compilare)</i>
<i>Immunoplex®-N</i>	<i>30 compresse</i>	<i>36,00</i>	
<i>Hypoxis</i>	<i>100 ml.</i>	<i>36,00</i>	

**+ 7,00 Euro di contributo per la Spedizione che avverrà con Postacelere 1 Plus (consegna entro 24 ore lavorative).**

*N.B. Per importi superiori ai 200,00 Euro la spedizione è GRATUITA*

*(Barrare una delle 3 possibilità di pagamento)*

**Pagherò in contrassegno + 5,00 Euro.**

**Attendo una vostra telefonata per conoscere il *Totale* che pagherò anticipatamente (inviando subito la ricevuta via fax), sul c/c Postale n. 89607592 intestato al Monastero di San Paolo-Roma.**

**Attendo una vostra telefonata per conoscere il *Totale* che pagherò anticipatamente con Bonifico (inviando subito la ricevuta via fax), sul c/c presso Unicredit Banca intestato a: Monastero di San Paolo fuori le Mura  
**IBAN IT83A 02008 05086 00040 1446 597****

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Zona Extraterritoriale – Stato Città del Vaticano**

**Per informazioni: [salute@abbaziasanpaolo.net](mailto:salute@abbaziasanpaolo.net)**

Tel. 06.45.43.55.74

**ATTENZIONE**

Per ragioni di conservazione, dopo l'acquisto i prodotti non potranno assolutamente né essere sostituiti, né ritirati.