



500 € : 4 Monate = 125,00 €
 500 € Gesamtzahlung



341 € : 4 Monate = 85,25 €
 341 € Gesamtzahlung



228 € : 4 Monate = 57,00 €
 228 € Gesamtzahlung



121 € : 4 Monate = 30,25 €
 121 € Gesamtzahlung



183 € : 4 Monate = 45,75 €
 183 € Gesamtzahlung



205 € : 4 Monate = 51,25 €
 205 € Gesamtzahlung



143 € : 4 Monate = 35,75 €
 143 € Gesamtzahlung



143 € : 4 Monate = 35,75 €
 143 € Gesamtzahlung



89 € : 4 Monate = 22,25 €
 89 € Gesamtzahlung



155 € : 4 Monate = 38,75 €
 155 € Gesamtzahlung



230 € : 4 Monate = 57,50 €
 230 € Gesamtzahlung (90 Port.)



200 € : 4 Monate = 50,00 €
 200 € Gesamtzahlung (90 Port.)



	Gesamt Zahlung	Teil Zahlung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102 € : 4 Monate = 25,50 € (30) 102 € Gesamtzahlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	186 € : 4 Monate = 46,50 € (60) 186 € Gesamtzahlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	280 € : 4 Monate = 70,00 € (90) 280 € Gesamtzahlung



179 € : 4 Monate = 44,75 €
 179 € Gesamtzahlung



174 € : 4 Monate = 43,50 €
 174 € Gesamtzahlung



110 € : 4 Monate = 27,50 €
 110 € Gesamtzahlung

Vorname: _____

Name: _____

Strasse: _____

PLZ Ort: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

FAMILY HEALTH STUDIE

Kinder/Jugendliche im Alter zwischen 4 und 21 Jahren.

Ich wähle folgendes Produkt für mein Kind:


 Pastillen
 (vom 4. bis 14. Lebensjahr)

oder


 Kapseln

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: ____ . ____ . ____