# Juice PLUS+ CHILDREN´S HEALTH STUDY SCHWEIZ

…wir bringen Gesundheit nach Hause.

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Ich wünsche die erste Lieferung:

☐ sofort

☐ zum: _____ / _____
(Monat) (Jahr)

Die Lieferung erfolgt alle 4 Monate.

Bitte wählen Sie das kostenfreie Produkt für Ihr Kind:

4 – 5 Jahre ☐ JP+ Gummies™

6 – 12 Jahre ☐ Juice PLUS+® Kapseln ☐ Juice PLUS+® Kautabletten ☐ JP+ Gummies™

ab 13 Jahre ☐ Juice PLUS+® Kapseln

Produkt für die erwachsene Person:

| | Gesamtzahlung | Teilzahlung |
|---|---|---|
| Juice PLUS+® Kapseln | ☐ CHF 299.– pro Paket | ☐ 4 Monatsraten à CHF 78.– |
| Premium PLUS+® | ☐ CHF 449.– pro Paket | ☐ 4 Monatsraten à CHF 118.– |

☐ **Per Lastschriftverfahren LSV** (für Bankkonto-Inhaber):
Spezifische Bestimmungen, das LSV betreffend, finden Sie auf der Rückseite dieses Formulars.

Kontoinhaber:

Adresse/PLZ/Ort:

Bankname:

IBAN/Konto-Nr.:

Konto-Nr.: Bankclearing-Nr.: (sofern bekannt)

## Per Kreditkarte:

VISA ☐ Mastercard ☐

Karteninhaber:

Adresse:

Kartennummer:

Gültig bis: ☐☐ / ☐☐

☐ **Per Debit Direct** (**NUR** für Postkonto-Inhaber):
Hiermit ermächtige ich die NSA AG widerruflich, die fälligen Beträge meinem Gelben Konto zu belasten.

Postkonto-Nr.:

Betrag:

Ich bestelle hiermit verbindlich die oben gekennzeichneten Produkte in dem entsprechenden Lieferrhythmus. Von den umseitigen Geschäftsbedingungen, insbesondere der Widerrufsbelehrung habe ich Kenntnis genommen.

Ort/Datum: Unterschrift Kunde:

## NSA Vertriebspartner:

Name: Brüllmann

Vorname: Herbert

ID-Nr.: 21947108
(bitte unbedingt ausfüllen)

## Kundenname:

☐ Frau ☐ Herr

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum: / /

## Lieferadresse:

Vorname:

Nachname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

## Angaben zum Kind:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum: / /

Original – NSA Gelb – Kunden Rosa – VH

BITTE TEILNEHMER-VEREINBARUNG AUSFÜLLEN

9901195G/04.09/083/16d

# Juice PLUS+® CHILDREN´S HEALTH STUDY

## TEILNEHMER-VEREINBARUNG

**Teilnahmekriterien**
Ich bestätige, dass mein Kind und ich derzeit kein Juice PLUS+® verwenden.
Ich bestätige, dass mein Kind weder jünger als 4 Jahre noch älter als 18 Jahre ist.

**Teilnahme eines Erwachsenen**
Ich bin damit einverstanden, ein Juice PLUS+® Hausliefer-Service Kunde zu werden und Juice PLUS+® wie empfohlen für die Dauer von einem Jahr einzunehmen.

**Teilnahme der Kinder**
Mir ist bekannt, dass mein Kind das Produkt Juice PLUS+® Kapseln, Kautabletten oder Gummies für die gleiche Zeitdauer kostenlos bekommen wird.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, so weit wie möglich sicherzustellen, dass mein Kind während der Untersuchung die für Kinder empfohlene Menge Juice PLUS+® einnimmt.

Die Children's Health Study dauert 3 Jahre.

Nach dem ersten Jahr kann jederzeit von jeder Partei, mit einer Kündigungsfrist von 30 Tage, schriftlich auf den nächsten Liefertermin gekündigt werden.

**Produktlieferung und Fragebögen zur Studie**
Ich erkläre mich damit einverstanden, den beigefügten **Aufnahme-Fragebogen für die Anmeldung zur Juice PLUS+® Children´s Health Study** auszufüllen und innerhalb der nächsten 7 Tage in dem beigefügten Rückumschlag zurückzusenden.

Mir ist bekannt, dass ich die erste Lieferung Juice PLUS+® für 4 Monate für mein Kind und mich selbst etwa 7 Arbeitstage nach Aufgabe meiner Produktbestellung erhalten werde.

Ich bin darüber informiert, dass ich zwei nachfolgende Lieferungen, die den Vorrat an Juice PLUS+® für jeweils 4 Monate für mich selbst und mein Kind enthalten, in 4 bzw. 8 Monaten bekommen werde.

Ich bin damit einverstanden, die 5 Fragebögen während der 3-jährigen Studienteilnahme auszufüllen und jeweils innerhalb von 7 Tagen nach Erhalt zurückzuschicken.

Datum: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

# CHILDREN´S HEALTH STUDY SCHWEIZ

## Geschäftsbedingungen der NSA AG, Holeestr. 87, 4015 Basel, Schweiz

1. Der Hausliefer-Service erfolgt alle 4 Monate.
2. Die Zahlung kann als Gesamtbetrag erfolgen oder in 4 Monatsraten. Die Ratenzahlung ist jedoch ausschliesslich bei 4-monatlicher Lieferung möglich.
3. Können die Abbuchungen mangels Deckung von der Bank nicht durchgeführt werden, müssen anfallende Gebühren in Rechnung gestellt werden.
4. Der Kunde erhält nach Eingang der ersten Zahlung die Gesamtlieferung für 4 Monate.
5. Widerrufsbelehrung: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich oder durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung.

   Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware.
   Der Widerruf ist zu richten an unsere Lageradresse:
   NSA AG, CH-4017 Basel 17
6. NSA behält sich das Eigentum an der gelieferten Ware bis zur vollständigen Bezahlung aller gegen den Kunden bestehenden Ansprüche vor.
7. Für Lieferungen, die aufgrund falscher Anschrift, Nichtabholung beim Postamt oder Annahmeverweigerung an NSA zurückkommen und erneut verschickt werden müssen, werden die zusätzlichen Frachtkosten in Rechnung gestellt.
8. Im Gewährleistungsfall kann der Kunde den Kundendienst kontaktieren (Tel. 0848 10 1000).

   Die Gewährleistungsfrist beträgt zwei Jahre. Sie beginnt zur Zeit des Eingangs der Ware. Offensichtliche Mängel sind unverzüglich - spätestens innerhalb von zwei Wochen anzuzeigen.
9. Die für die Auftrags- und Bestellabwicklung notwendigen Daten des Kunden werden gespeichert.

   Der Kunde stimmt hiermit ausdrücklich der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten zu.

### Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht
**(LSV spezifische Anmerkungen)**

Mit meiner Unterschrift auf der Vorderseite dieses Formulars ermächtige ich meine Bank/Post bis auf Widerruf, die ihr von NSA AG vorgelegten Lastschriften direkt meinem Bank-/Postkonto zu belasten.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist meine Bank/Post nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierung bei meiner Bank/Post in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

Ich ermächtige meine Bank/Post, dem Zahlungsempfänger den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank/Post geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

*Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt:*

Bankclearing-Nr.: ☐☐☐☐☐

**LSV**-Ident.: N S A 1 **W**

IBAN/Konto-Nr.: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐