

Médecins développés soin des mains qui fonctionne mieux



Thérapie Solution Tunnel Carpien

appelez-nous au **1-800-798-5210**



FAX ou courrier en Formulaire de commande (FAX #: 1-617-812-0094) ou Scan électronique et envoyez ce bon de commande à:

relief@mycarpaltunnel.com

Le Paquet de Thérapie de Six Semaines Solution Tunnel Carpien a été développé par un médecin et est breveté la technologie médicale. Il soulage vos pires symptômes dans deux semaines et fournit une rémission complète dans les six semaines. La Semaine thérapie Six compose de porter l'appareil du Solution Tunnel Carpien Solution chaque nuit pour 2 semaines, suivies par chaque-autre-nuit pour 4 semaines.

Vous pouvez commander une carte de crédit, carte de débit ou par téléphone, fax, courriel ou courrier, nous embarquons le même jour que si l'ordre reçu est reçu avant midi. Vous pouvez aussi payer par PayPal, il suffit d'envoyer votre paiement à relief@mycarpaltunnel.com et envoyez-nous votre téléphone et adresse e-mail. Vous pouvez également envoyer votre commande avec un mandat. Merci de votre intérêt pour la Thérapie Solution Tunnel Carpien.

Le Thérapie 6 Semaine Solution Tunnel Carpien (28 Dispositifs jetables)

Main Droite 89,95 \$ US chacun

Sous-total \$ US _____ la ligne A

Main Gauche 89,95 \$ US chacun

Sous-total \$ US _____ la ligne B

(Ajouter des lignes A à B)

PRODUIT TOTAL US \$ _____ la ligne C

Frais de port First Class Mail (8 à 12 jours)

\$ US 9.95 la ligne D

(Ajouter des lignes C et D) Total facturé à CARTE DE CRÉDIT

\$ US _____ la ligne E

Informations de facturation (comme on le voit sur le relevé de facturatio)

Navire à l'information

Prénom		
Nom Initiale ou Moyen		
Nom de Famille		
Adresse de la Rue		
Appartement Nombre		
Ville et l'Etat		
Le Code Postal		
Pays		
Numéro de téléphone		
Adresse e-mail si disponible		<Suivi de commande et la réception # commerciale est envoyé par e-mail si fournie ici
Type de crédit ou carte de débit - Cercle Une	   	
Numéro de la carte		
Date d'expiration		
C V V Nombre *		

case à cocher si même

Facturation Nom de l'initiale et l'adresse doit être la même comme il apparaît sur votre carte de crédit facturation mensuelle déclaration

* Numéro C V V - Le Master Card, Visa ou Discover, ce sont les trois derniers chiffres au dos de la carte ci-dessous votre numéro de carte de crédit. Sur American Express est le numéro à quatre chiffres au-dessus du numéro de carte de crédit sur le devant de la carte.

Montant à la charge de mon crédit ou carte de débit dans _____ \$ de la ligne E ci-dessus

Titulaire de la carte Signature _____ Date de _____

Gagnez de l'argent à l'ordre de First Hand Medical, et envoyer avec le formulaire de commande à:

First Hand Medical, 3434 East 7800 South, Suite 328, Salt Lake City, UT 84121 USA

Tel Gratuit: 1- 800-798-5210 Tel: 1-617-794-0503- FAX: 1-617-812-0094 - email: relief@MyCarpalTunnel.com

Vérifiez les informations et les vidéos les plus complètes sur CTS disponibles à: www.MyCarpalTunnel.com

