

Niet tevreden? Geld terug actie

Naam: _____
Adres: _____
PC + plaats: _____
Geboortedatum: _____
E-mailadres: _____
Rekening nr. (IBAN) _____

Deze actie is alleen geldig voor personen woonachtig in Nederland met een Nederlands bankrekeningnummer.

1. Welk Promensil product heeft u gebruikt? *Aanvinken wat van toepassing is*

- Promensil Extra Sterk
- Promensil Original
- Promensil Post Menopauze

2. Waarom bent u Promensil gaan gebruiken?

- Op advies van ((huis)arts/ gynaecoloog
- Op advies van overgangsconsulente
- Op advies van vrienden/familie etc.
- Gezien in advertenties
 - Winkel
 - Online
 - Tijdschrift, krant of elders

3. Hoe lang heeft u Promensil gebruikt?

.....
.....

4. Heeft u Promensil gebruikt volgens de gebruiksaanwijzing op de verpakking?

- Ja
- Nee

5. Wat waren uw verschijnselen voor het gebruik van Promensil

.....
.....

6. In welke mate zijn uw verschijnselen verminderd?

- Een beetje
 - Wel verminderd maar nog niet volledig verdwenen
 - Helemaal niet
 - Anders, nl.....
-

7. Heeft u wel eens andere producten voor overgangverschijnselen geprobeerd?

- Nee
- Ja,(graag productnaam invullen)

8. Hoe lang heeft u al last van overgangverschijnselen?

.....
.....

9. Gebruikt u medicijnen?

.....
.....

10. Bent u onder behandeling van een arts?

.....
.....

Indien u dit formulier samen met de originele aankoopbon en uw twee verpakkingen Promensil (voldoende gefrankeerd) toestuurt aan **TS Health Products, Postbus 399, 3840 AJ Harderwijk**, zullen wij het aankoopbedrag binnen 6 tot 8 weken retour storten.

Met vriendelijke groet,

Promensil.
MENOPAUSE

