



Enquête de satisfaction MaxMedix™

Nous sommes navrés d'apprendre que vous n'êtes pas satisfait de votre traitement Max-Medix. Toute l'équipe de WeightWorld.fr s'efforce d'année en année de ne proposer à la vente que des produits efficaces dans une optique de satisfaction totale du client. Afin d'éviter tout abus, cette enquête de satisfaction est nécessaire afin de nous aider à améliorer nos services et nos produits.

Cette enquête est à nous renvoyer au plus tard 30 jours après la fin de votre traitement, accompagné des boîtes d'origine et de votre plan nutritionnel (en annexe) à l'adresse suivante :

CC: Satisfait ou Remboursé
Confort Click Ltd.
106 Lower Addiscombe Rd
Croydon, Greater London CR0 6AD
Royaume-Uni

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom		N° de commande	
Sexe		Téléphone	
Taille		Age	
Objectif (Perte de poids, détox...)			

POUR UN OBJECTIF DE PERTE DE POIDS

Afin de mieux évaluer l'efficacité de votre traitement, nous vous conseillons de vous peser le matin, à jeun.

Date de début du traitement		Poids	
Date de fin du traitement		Poids	

COMMENT JUGERIEZ-VOUS...

1 = Mauvais | 2 = Acceptable | 3 = Bon | 4 = Très bon | 5 = Excellent

Les effets du produit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Commentaire					
La qualité du produit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Commentaire					
Votre activité sportive	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Commentaire					
Votre équilibre alimentaire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Commentaire					
Le descriptif du produit sur le site	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Commentaire					
Le service fourni sur WeightWorld.fr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Commentaire					
Quelle est la principale cause de votre non satisfaction ?					

COMMENTAIRES

SERVICES

PRODUITS

DATE ET SIGNATURE

Semaine N°1	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°2	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°3	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

* Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.

Semaine N°4	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°5	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°6	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°7	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°8	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°9	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°10	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°11	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*

Semaine N°12	Matin	Midi	Soir	Sport
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

** Note : Ce tableau est à remplir chaque semaine durant la prise du produit MaxMedix. Dans le cas contraire, la garantie « Satisfait ou Remboursé » ne sera pas applicable.*