



MaxMedix™ **Umfrage zur Kundenzufriedenheit**

Es tut uns leid, dass Sie mit Ihrem MaxMedix Produkt nicht zufrieden sind. Das gesamte SlimCenter Team strebt es an, Ihnen die effektivsten Produkte anzubieten, da 100%ige Kundenzufriedenheit an oberster Stelle steht. Diese Umfrage hilft uns, unsere Dienstleistungen und unsere Produkte zu verbessern. Die Umfrage sollte innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss der Anwendung zusammen mit der Originalverpackung und dem Ernährungstagebuch (im Anhang) an unsere Adresse zurückgesandt werden:

CC: Geld-Zurück-Garantie
Allport Cargo Services GmbH -COMFORT CLICK GERMANY
Herrenpfad-Süd 34
Nettetal, 41334
DE

PERSÖNLICHE INFORMATION

Name		Bestellnummer	
Geschlecht		Telefonnummer	
Größe		Alter	
Ziel	<i>(Gewichtsverlust, Entgiftung ...)</i>		

PERSÖNLICHES ZIEL

Um die Wirksamkeit des Produkts besser beurteilen zu können, raten wir Ihnen, sich morgens auf nüchternen Magen zu wiegen.

Beginn der Anwendung (Datum)		Gewicht	
Ende der Anwendung (Datum)		Gewicht	

WIE WÜRDEN SIE ES BEURTEILEN?

1 = Schlecht | 2 = Akzeptabel | 3 = Gut | 4 = Sehr gut | 5 = Excellent

Die Wirkung des Produkts	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Kommentar</i>					
Produktqualität	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Kommentar</i>					
Ihre sportlichen Aktivitäten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Kommentar</i>					
Ihre Ernährung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Kommentar</i>					
Die Produktbeschreibung auf der Website	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Kommentar</i>					
Der angebotene Service von SlimCenter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Kommentar</i>					
Was ist der Hauptgrund für Ihre Unzufriedenheit?					

KOMMENTAR

Service

Produkte

DATUM UND UNTERSCHRIFT

Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments bestätigen Sie die Richtigkeit dieser Informationen.

Woche N°1	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden. Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°2	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden. Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°3	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden.
Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°4	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden. Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°5	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden.
Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°6	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden.
Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°7	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden. Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°8	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden. Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°9	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden. Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°10	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden.
Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°11	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden.
Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*

Woche N°12	Morgen	Mittag	Abend	Sport
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

** Hinweis: Diese Tabelle muss jede Woche während der Einnahme von MaxMedix Produkten ausgefüllt werden.
Andernfalls gilt die "Geld-zurück-Garantie" nicht.*