

La pharmacie
Amavita
D'Herborence
à Boudry?

Oui,
je la
recommande
de tout coeur!

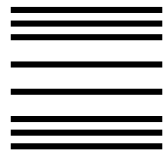
Sandra, 35 ans

**Une récompense pour
chaque nouveau client!**

Une recommandation de votre part
pour la pharmacie Amavita D'Herborence
à une amie, un collègue, vos parents ou une connaissance
sera payante, pour vous comme pour la personne que
vous aurez parrainée.

-20%
ou Fr. 25.-

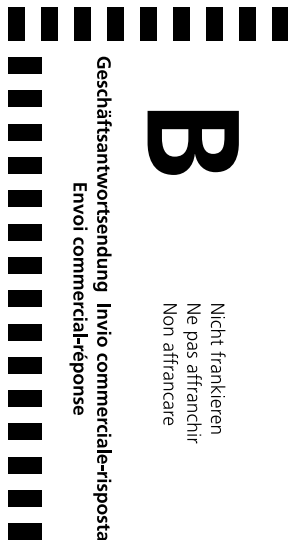
AMAVITA  PHARMACIE
D'HERBORENCE
BOUDRY



B

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare

Geschäftsantwortendung Invio commerciale-risposta
Envoi commercial-réponse



Pharmacie Amavita D'Herborence
Rue O.-Huguenin 23
Case postale 63
2017 Boudry

Vous êtes satisfait des services et conseils de **la pharmacie Amavita D'Herborence**? Nous serions ravis que vous en parliez et que vous nous recommandiez à votre entourage.

Votre recommandation sera récompensée par

20% de rabais sur votre prochain achat*

ou

Fr. 25.- offerts sur une prestation***

Indiquez simplement le nom d'une personne qui n'est pas encore (ou plus) cliente chez nous en remplissant le formulaire ci-contre, renvoyez-le (par courrier postal ou mail) ou passez à la pharmacie Amavita D'Herborence nous le remettre.

La personne recommandée recevra aussi un bon de 20% sur son premier achat ou Fr. 25.- offerts sur une prestation**.

* Non cumulable avec d'autres actions, articles à prix réduit ou rabais.
Non valable sur les cartes cadeaux et sur les médicaments sur ordonnance.

** Cette action n'est valable qu'à la pharmacie Amavita D'Herborence à Boudry.
Un paiement en espèce est exclu.

*** Valable p.ex. sur les prestations suivantes:
Consultation en micronutrition (Fr. 120.-)
AllergoTest (Fr. 69.-)
CardioTest (Fr. 49.-)
DiabetoTest (Fr. 49.-)
NetCare (Fr. 29.-)
Dépistage cancer du colon (Fr. 28.-)
Vaccinations (Fr. 25.-)
Glycémie (Fr. 15.-)
Pression artérielle (Fr. 9.50)



Convaincu par les services de la pharmacie Amavita D'Herborence, j'ai invité une nouvelle personne à venir les découvrir.

Mes coordonnées :

Nom et prénom* _____

Rue Nr* _____

NPA Lieu* _____

Téléphone et adresse mail _____

Avec ma signature je confirme :

- > avoir contacté personnellement la personne que je recommande et l'avoir informée en détail du déroulement de ce programme
- > avoir vérifié qu'elle n'a fait aucun achat chez nous dans les 12 derniers mois et qu'elle n'a pas encore été choisie dans le cadre de ce programme-clientèle.

Vos données seront traitées de manière strictement confidentielle et uniquement dans le cadre de ce programme de parrainage. Elles ne seront pas transmises à des tiers.

Date, signature* _____

Coordonnées de la personne recommandée :

Nom et prénom* _____

Rue Nr* _____

NPA Lieu* _____

Téléphone et adresse mail _____

Veuillez enregistrer ce PDF rempli, puis nous le renvoyer à info@dherborence.ch ou l'imprimer, puis nous le renvoyer plié ou découpé par courrier postal préfranchi ou nous le rapporter à la pharmacie.

* Informations obligatoires