



Questionario MaxMedix™

Ci dispiace sapere che tu non sia soddisfatto del prodotto MaxMedix scelto.

Il Team di Weighworld.it mira ad offrirti i migliori prodotti e servizio possibili. Il Questionario di seguito ci aiuta a migliorare i nostri servizi e prodotti. Il questionario deve essere inviato entro 30 giorni dalla fine del trattamento con il prodotto selezionato, le confezioni dei prodotti usati e il diario alimentare compilato al seguente indirizzo.

CC: Soddisfatti o Rimborsati
Allport Cargo Services GmbH -COMFORT CLICK GERMANY
Herrenpfad-Süd 34
Nettetal, 41334
DE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome		Numero d'Ordine	
Sesso		Telefono	
Peso		Età	
Obiettivo	<i>(Perdita di peso, Detox...)</i>		

OBIETTIVO PERSONALE

Per valutare al meglio l'efficacia del trattamento, ti consigliamo di pesarti la mattina a digiuno

Data di inizio del trattamento		Peso	
Data di fine del trattamento		Peso	

COME GIUDICHERESTI

1 = Scarso | 2 = Accettabile | 3 = Buono | 4 = Molto Buono | 5 = Eccellente

Gli Effetti del Prodotto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Commenti</i>					
Qualità del Prodotto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Commenti</i>					
La tua Attività Sportiva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Commenti</i>					
La tua Dieta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Commenti</i>					
La Descrizione del Prodotto sul Sito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Commenti</i>					
Il Servizio Fornito su WeightWorld.it	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<i>Commenti</i>					
Qual è la causa principale della tua insoddisfazione?					

COMMENTI

SERVIZI

PRODOTTI

DATA E FIRMA

Firmando questo documento, si certifica l'accuratezza di queste informazioni.

Settimana N°1	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°2	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°3	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°4	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°5	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°6	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°7	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°8	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°9	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°10	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°11	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*

Settimana N°12	Colazione	Pranzo	Cena	Sport
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

**Nota: Il Diario Alimentare dovrà essere compilato ogni settimana durante l'utilizzo del prodotto MaxMedix, altrimenti il servizio "Soddisfatti o Rimborsati" non sarà applicabile*