

La pharmacie  
Amavita  
D'Herborence  
à Boudry?

**Oui,**  
je la  
recommande  
de tout coeur!

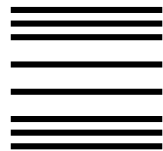
Sandra, 35 ans

**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.

**-10%**

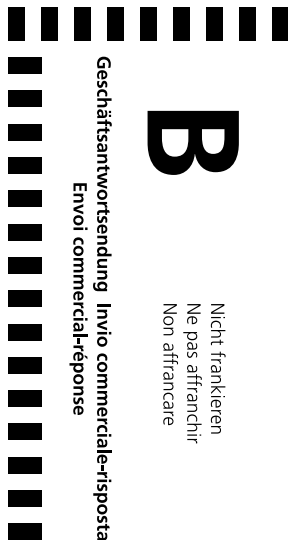
**AMAVITA**  PHARMACIE  
D'HERBORENCE  
BOUDRY



**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**

**10%**

**de rabais sur votre prochain achat\*.**

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 ou passez à la pharmacie Amavita D'Herborence nous le remettre.

La personne recommandée recevra aussi un bon de 10% sur son premier achat\*\*

\* 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.



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 N°\* \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

\* Informations obligatoires

Veuillez enregistrer ce PDF rempli, puis nous le renvoyer à [info@dherborence.ch](mailto:info@dherborence.ch) ou l'imprimer, puis nous le renvoyer plié ou découpé par courrier postal préaffranchi ou nous le rapporter à la pharmacie.