

la **pharmacieplus**  
d'herborence ?

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

Sandra, 35 ans



## Une récompense pour chaque nouveau client !

Une recommandation de votre part  
pour la **pharmacieplus** d'herborence  
à une amie, un collègue, vos parents ou une  
connaissance sera payante, pour vous comme  
pour la personne que vous aurez parrainée.



**pharmacieplus**  
d'herborence



**GAS/ECR/ICR**

nicht frankieren  
ne pas affranchir  
non affrancare

50123946  
000001

**LAPOSTE** 

**B**



pharmacieplus d'herborence  
rue o.-huguenin 23  
case postale 63  
2017 boudry

Vous êtes satisfait des services et conseils de la pharmacieplus 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

**CHF 25.-**

**offerts sur une prestation\*\*\***

Indiquez simplement le nom d'une personne qui n'est pas encore (ou plus) cliente chez nous sur cette carte réponse, renvoyez-la ou passez à la pharmacieplus d'herborence nous la 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 bons cadeaux et sur les médicaments sur ordonnance.

\*\* Cette action n'est valable qu'à la pharmacieplus d'herborence à Boudry.  
Un paiement en espèce est exclu.

\*\*\* Valable p.ex. sur les prestations suivantes:  
Consultation en aromathérapie (Fr. 70.-)  
Consultation en fleurs de Bach (Fr. 49.90)  
Consultation en micronutrition (Fr. 70.-)  
Consultation en spagyrie (Fr. 70.-)  
AllergoTest (Fr. 69.-)  
CardioTest (Fr. 49.-)  
Dépistage cancer du colon (Fr. 28.-)  
Glycémie (Fr. 15.-)  
Intolérance au gluten (Fr. 49.-)  
Pression artérielle (Fr. 9.50)  
Taux de ferritine (Fr. 60.-)  
Vaccinations (Fr. 30.-)

Convaincu par les services de la pharmacieplus 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](mailto:info@dherborence.ch) ou l'imprimer, puis nous le renvoyer plié ou découpé par courrier postal préfranchi ou nous le rapporter à la pharmacie.