Un cadeau de bienvenue à choix de notre panier

pour chaque nouveau client
&
pour chaque recommandation !

Spécialiste en médecine naturelle
Votre santé, notre priorité!

rue oscar-huguenin 23
2017 boudry (NE)
032 8 450 400
www.dherborence.ch
pharmacie.dherborence@ovan.ch

Vous nous rendez visite pour la première fois?
Vous êtes satisfait·e de nos services et conseils?
Parlez-en à quelqu'un de votre entourage qui n'est jamais venu·e !

Dans les deux cas, la pharmacie vous récompense:

choisissez un cadeau

ou

25 % de rabais sur votre prochain / premier achat *

ou

chf 25.- offerts sur une de nos prestations **

Complétez les encadrés de la page suivante et renvoyez-la-nous, ou passez à la **pharmacieplus d'herborence** avec ce coupon.

* 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 payement en espèces est exclu.

** Valable p.ex. sur les prestations suivantes:
AllergoTest ®
CardioTest ®
DiabetaTest ®
StreptaTest ®
(Ferritine)
Glycémie
Test urinaire
Soin des plaies
Retrait et suivi de morsures de tiques
Vaccination & suivi du carnet de vaccination
Dherbocare - consultations en pharmacie :
stress / fatigue / ménopause / micronutrition /
sportifs / accompagnement post-opératoire, etc.
Elaboration de formules personnalisées
(aromathérapie, fleurs de Bach...)

Retrouvez la liste complète de nos prestations (prix et descriptifs)

Recommandation

Mes coordonnées

Nom et prénom _____

Adresse e-mail _____

Rue et n° _____

NPA et lieu _____

N° de tél. _____

Avec ma signature je confirme :

- avoir contacté personnellement la personne à qui je recommande la pharmacie, et qu'elle n'y a pas effectué d'achat dans les 24 derniers mois
- que cette personne a accepté de fournir ses données personnelles pour profiter de l'action de bienvenue
- prendre note que la pharmacie m'enverra **par e-mail** le bon pour mon propre cadeau/rabais de remerciement

Date, signature _____

Coordonnées de la personne recommandée (nouveau client)

Nom et prénom _____

Adresse e-mail _____

Rue et n° _____

NPA et lieu _____

N° de tél. _____

Vos données seront traitées conformément à la loi en vigueur, de manière strictement confidentielle, dans la mesure où elles serviront exclusivement à optimiser notre communication avec vous.

(à remplir par la pharmacie)