



## Votre témoignage

Merci de rendre service à d'autres personnes en indiquant quels sont les effets que vous avez ressentis après l'utilisation du complément alimentaire Mac Oc :

Mlle  Mme  Mr

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre témoignage :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Je vous autorise à publier tout ou partie de mon témoignage dans vos documents.
- Je joins ma photo à ce courrier et vous autorise à l'utiliser dans vos documents.
- Je n'autorise pas l'utilisation de mon témoignage.

Fait à : ..... le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre signature :

Si nous publions votre témoignage, nous ne citerons que votre nom et le département dans lequel vous habitez. Nous n'indiquerons ni votre adresse, ni votre numéro de téléphone ceci afin de préserver votre anonymat.