

Interessentenblatt

Vielen Dank für Ihr Interesse am Optifast[®]-Programm!

Für weitere Informationen füllen Sie bitte dieses Formular aus. Die Angaben sind unverbindlich und werden von uns vertraulich behandelt.

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Geburtsdatum

Gewicht in kg

Größe in cm

BMI

E-Mail – Adresse: _____

Wie erfuhren Sie vom Optifast[®]-Programm?

- Arzt: _____ persönliche Empfehlung Presse
- Radio/TV Krankenkasse: _____
- Sonstiges: _____

Bemerkungen: _____

Ja, ich möchte über den nächsten Optifast[®]-Gruppenstart informiert werden.

Optifast[®]52-Langprogramm Optifast[®]16-Kurzprogramm

Ja, ich möchte per E-Mail weitere Informationen erhalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____