



DANE OSOBOWE

Pierwsze imię: _____

Drugie imię: _____

Nazwisko rodowe: _____

Data urodzenia: _____

Płeć: _____

Adres domowy (wraz z kodem pocztowym): _____

E-mail: _____

Domowy numer telefonu: _____

Numer telefonu komórkowego: _____

Szczegółowe dane dotyczące rachunku bankowego, w tym numer IBAN i kod BIC (SWIFT): _____

DOKUMENTACJA DOTYCZĄCA STOSOWANIA PRODUKTU EQ PURE ARCTIC OIL

Numer klienta firmy EQ: _____

Historia zamówienia: _____

Wyniki badań (stosunek omega-6/omega-3) dla poszczególnych dat – z załączonymi kopiami sprawozdań z badań.

DOKUMENTACJA SZPITALA/LEKARZA

- Opis faktycznej choroby.
- Historia chorób, w tym zaświadczenia, iż dana osoba nie przeszła chorób układu sercowo-naczyniowego wymienionych w naszym dokumencie polityki, nie cierpi na nadciśnienie/cukrzycę/zakrzepicę i nie doznała udaru.
- Zaświadczenie, iż dana osoba nie stosuje leków na poprawę słuchu ani przeciwzakrzepowych.

Niniejsze roszczenie należy wysłać na adres support@eqology.com z dopiskiem „GWARANCJA” w nagłówku.



It's in our nature