**Formulaire de réclamation**

**Viarax**

**Destinataire:**

**Active life Inv., s.r.o.**

**P.O.BOX č. 15**

**911 01 Trenčín**

  **SIREN: 51006766**

**Nom et prénom:**

**Adresse:**

**Date de commande:**

**Numéro de commande (SV):**

**Date de réception de la commande:**

**Formulaire:**

|  |  |
| --- | --- |
| Quel produit avez-vous commandé? |  |
| Combien de capsules avez-vous utilisé? |  |
| Avez-vous suivi le dosage recommandé? |  |
| Qu'attendiez-vous du produit? |  |
| N'avez-vous pas combiné Viarax avec de l'alcool ou des médicaments? |  |
| Est-ce que vous avez un traitement chez un urologue ou sexologue pour des problèmes avec l’érection, la puissance ou la prostate?  |  |
| Quelle était l'utilisation précédente lorsque le produit fonctionnait différemment? |  |
| Avez-vous surmonté la période de la maladie? |  |
| Avez-vous utilisé des médicaments que vous n'utilisez pas habituellement? |  |
| Les capsules ont-elles été visuellement les mêmes qu'avant?  |  |
| Vous l'avez utilisé comme dans le passé (posologie recommandée, une heure avant les rapports sexuels, …)? |  |

S'il vous plait, veuillez effectuer le virement bancaire du montant demandé sur ce numéro de compte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il y a la possibilité d’envoyer le formulaire signé et scanné avec la facture sur l’adresse e-mail **info@viarax.fr**

 À\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du consommateur