

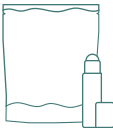
AYÚDAME A MEJORAR retroalimentación

NOMBRE: _____ FECHA: _____



¿Qué fue lo que más te gustó de la experiencia?

Me interesaría tener una experiencia con:

- | | |
|---|--|
| ☐  Aceites esenciales | ☐  Productos para el cuidado de la piel |
| ☐  Productos para el hogar | ☐  Aceites esenciales y mezclas para niños |
| ☐  Suplementos alimenticios | ☐  Suplementos vitamínicos |

¿Te gustaría tener una reunión como ésta en tu casa?

YES ☐ NO ☐

¿Qué podría hacer para mejorar esta experiencia?
