

AYÚDAME A MEJORAR retroalimentación

NOMBRE: _____ FECHA: _____



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

Me interesaría tener una experiencia con:

☐

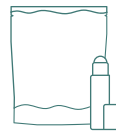
Aceites esenciales

☐

Productos para el cuidado de la piel

☐

Productos para el hogar

☐

Aceites esenciales y
mezclas para niños

☐

Suplementos alimenticios

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

YES ☐ NO ☐

¿Qué podría hacer para mejorar esta experiencia?
