

AYÚDAME A MEJORAR retroalimentación

NOMBRE: _____ FECHA: _____



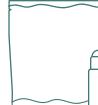
¿Qué fue lo que más te gustó de la experiencia?

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?
