

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?
