

Interessentenblatt



Vielen Dank für Ihr Interesse am Optifast®-Programm!

Für weitere Informationen füllen Sie bitte dieses Formular aus. Die Angaben sind unverbindlich und werden von uns vertraulich behandelt.

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____

Geburtsdatum _____ Gewicht in kg _____ Größe in cm _____ BMI _____

Wie erfuhren Sie vom Optifast®-Programm?

- Arzt: _____ persönliche Empfehlung Presse
- Radio/TV Krankenkasse: _____
- Sonstiges: _____

Bemerkungen: _____

- Ja, ich möchte über den nächsten Optifast®-Gruppenstart informiert werden.
 - Optifast®52-Langprogramm Optifast®II-Kurzprogramm
- Ja, ich möchte per E-Mail weitere Informationen erhalten.

E-Mail – Adresse: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____