



SONDAGGIO NUTRIZIONE ESTERNA

HERBALIFE
SKIN

Nome..... Cognome.....

Data di nascita..... E-mail.....

Telefono..... Indirizzo.....

Referenza di.....

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 recante il codice in materia di protezione dei dati personali *....., in qualità di titolare del trattamento, desidera informarLa che i Suoi dati personali, la cui raccolta sarà effettuata direttamente presso di Lei, saranno oggetto di trattamento e che lo stesso: (I) sarà effettuato in forma manuale e, comunque, nel rispetto delle norme dettate in merito alla sicurezza del trattamento dei dati personali previste dal D.Lgs. 196/2003; (II) sarà effettuato per fini promozionali, vale a dire per consentirLe di ricevere informazioni sui prodotti Herbalife; (III) non prevede la comunicazione a terzi; (IV) non prevede il trasferimento dei Suoi dati verso paesi non appartenenti all'Unione Europea. Il conferimento dei suoi dati personali ha natura facoltativa ed il mancato consenso comporterà la rinuncia a ricevere materiale promozionale. Lei è titolare dei diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 e precisamente ha il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, oppure la rettificazione. Lei ha, altresì, il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e potrà rivolgersi al titolare ovvero al responsabile del trattamento, al fine di far valere tali diritti indirizzando qualsivoglia comunicazione in materia di trattamento dei dati personali al Sig. *....., Via *...... Ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni sopra riportate ed esprimere il proprio consenso affinché venga eseguito il trattamento dei propri dati personali.

Data..... Firma:.....

* Inserire dati del Membro Herbalife

Quali prodotti cosmetici usa abitualmente e di quale marca?

- Detergente
- Tonico
- Crema giorno
- Crema notte
- Contorno occhi
- Esfoliante
- Maschere
- Antirughe
- Altro
- Marche:

Dopo averli testati, dia un giudizio su ciascuno dei nostri prodotti:

	DISCRETO	BUONO	OTTIMO
Detergente Lenitivo all'Aloe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detergente Levigante agli Agrumi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tonico Energizzante a base di Erbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siero Riduttore Rughe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crema Giorno Idratante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crema Idratante Fattore di Protezione SPF 30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gel Contorno Occhi Rassodante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crema Contorno Occhi Idratante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crema Notte Rigenerante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scrub Istantaneo Rigenerante ai Frutti Rossi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maschera Purificante Argilla e Menta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Un parere generale sui nostri prodotti :

Grazie per aver partecipato al sondaggio. Faccia un regalo a 10 sue conoscenze.



Nome e Cognome	Telefono	Commenti
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		



SONDAGGIO NUTRIZIONE INTERNA



01. Quale di questi termini descrive meglio il suo stile di vita?

SEDENTARIO ATTIVO STRESSATO

02. Crede di garantire al suo organismo il 100% del fabbisogno quotidiano?

SI NO A VOLTE

03. Cosa mangia di solito a colazione?

04. Ha un calo di energia durante la giornata?

SI NO A VOLTE

05. Crede di aver bisogno (Lei, un familiare, un amico/a) di perdere o controllare il peso?

SI NO

06. Ha problemi di pelle a buccia di arancia/ritenzione idrica?

SI NO

07. Consuma quotidianamente una quantità sufficiente di frutta e verdura?

SI NO OCCASIONALMENTE

08. Se la risposta alle precedenti domande è in prevalenza no, perché?

POCO TEMPO
SPESA/CUCINARE PREZZI
TROPPO ALTI TROPPO
COMPLICATO

09. Fa uso di integratori alimentari?

MAI A VOLTE OGNI GIORNO

10. Le piacerebbe saperne di più su: Principi di una sana nutrizione
 Indice di massa corporea, metabolismo basale, controllo del peso
 Prodotti per sport e fitness
 Come iniziare le giornate in modo sano con una colazione equilibrata

11. Conosce qualcuno che potrebbe essere interessato ad un'attività commerciale da svolgere part-time o full-time?

SI NO

12. Qual è il momento migliore per incontrarLa?

Grazie per aver partecipato al sondaggio. Faccia un regalo a 10 sue conoscenze.



Nome e Cognome	Telefono	Commenti
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		