

Coordonnées du client

Date : _____

1. Coordonnées du client

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom de famille : _____

Genre: ☐ homme ☐ femme

Rue et numéro de rue : _____

Poids: _____

Ville / commune + code postal : _____

Enceinte : ☐ oui ☐ non

Numéro de téléphone ou de portable : _____

→ Nombre de mois : _____

Adresse e-mail : _____

2. Détails du représentant (si applicable)

Prénom : _____

Relation client / patient

Nom de famille : _____

☐ Membre de la famille ☐ Copain

Rue et numéro de rue : _____

☐ Médecin / spécialiste ☐ Pharmacien

Ville / commune + code postal : _____

☐ Distributeur ☐ Autre : _____

Numéro de téléphone ou de portable : _____

Adresse e-mail : _____

3. Détails du produit

Nom du produit : _____

Nom de l'entreprise qui met le produit sur le marché : _____

Taille de l'emballage : _____

Numéro de lot : _____

Date d'échéance : _____

Date à laquelle le produit a été acheté : _____

Nom et adresse / autres détails auprès desquels ce produit a été acheté

☐ Pharmacie : _____☐ Magasin d'aliments naturels : _____☐ Internet, si oui sur quel site web : _____☐ Autre, si oui, lequel : _____

4. Détails de la prise de produit

Date à laquelle ce produit a été pris : _____

Quelles sont vos plaintes : _____

Quelle dose du produit avez-vous prise ? (combien par fois / combien par jour) ? _____

Avez-vous déjà utilisé ce produit : ☐ oui ☐ non

→ Si oui, depuis combien de temps avez-vous déjà utilisé ce produit ? _____



Société de Nutrivigilance: Chrinda BVBA

De Helle 18 – 2940 Stabroek – Belgium

info@nutrivigilance.com

www.nutrivigilance.com