


Isi dengan huruf kapital / besar

Nama Rainmaker :
 ID Rainmaker :
 No. Telp : 1.....
 2.....

Penerima Berkah :
 No. Telp :
 Kondisi Kesehatan :
contoh : kanker serviks

Tanggal	Dosis per Hari	Keterangan
		

Berikut saya sertakan bukti foto saat penyerahan **InfinyCal™**

InfinyCal™ yang tersisa saat ini sebanyak kapsul

Tanggal :

Rainmaker

Penerima Berkah

(.....)

(.....)