

Formulir Testimonial **InfinyCal**

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin: Pria Wanita

Usia:

Alamat & Kota:

Sudah berapa lama mengalami keluhan penyakit?

Apa yang diderita akibat penyakit tersebut?

Apakah sudah mencoba pengobatan dokter atau sudah ke mana saja mencari kesembuhan?

Sejak kapan mengonsumsi InfinyCal?

Siapakah yang mereferensikan InfinyCal kepada Anda?

Berapa kapsul InfinyCal yang dikonsumsi per hari?

Berapa lama setelah minum InfinyCal ada perubahan yang nyata?

Apa saja perubahannya setelah minum InfinyCal?

Apakah ada catatan medis mengenai testimonial ini?

- Dengan ini saya menyatakan bahwa informasi testimonial ini adalah nyata dan tanpa paksaan
- Saya bersedia memberikan lampiran identitas berupa foto diri, fotokopi KTP, catatan medis sebelum dan sesudah mengonsumsi InfinyCal (*scan rontgen, fotocopy, video dll*)
- Saya bersedia untuk testimonial ini dipublikasikan

..... / - -

(.....)
Nama Jelas