

TELL A FRIEND - VOUCHER

Name, Vorname, Geb.-Dat. (Familienmitglied, Freund, Kollege, Bekannter):

_____ / _____

Eigener Name, Vorname, Geb.-Dat.

_____ / _____

Unterschrift:



Sowohl die empfohlene Person als auch der Empfehlende erhält eine Gutschrift von CHF 25.- auf die nächste Behandlung. Bitte bringen Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Gutschein zu Ihrer nächsten Behandlung mit.

*Gutscheine nicht kumulierbar, es besteht kein Anspruch auf Barauszahlung, gilt nur für Neupatienten im Aktionszeitraum.