

Užíváte COLOSTRUM jako podporu při léčbě nějakého onemocnění? ANO / NE

O jaké onemocnění (problém) se jedná?

……………………………..………………………………………………………………………………..

……………………………..………………………………………………………………………………..

Jak dlouho a v jakém množství Colostrum užíváte?

……………………………..………………………………………………………………………………..

……………………………..………………………………………………………………………………..

Jak ve Vašem případě Colostrum působí? Napište stručně Vaše zkušenosti. …..…………………................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………

Kombinujete COLOSTRUM s jinými přípravky? Pokud ano, uveďte prosím s jakými? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kde jste se o COLOSTRUM dozvěděli? ………………………………………………………………………………………………………………

Jméno a příjmení: …………………………………………………

Adresa: ………………………………………………….

Email nebo telefon: …………………………………………………