



## La sua scheda ricetta

**Compila e invia con una ricetta.** I suoi dati sono protetti e saranno trattati in modo confidenziale.

Sono interessato ad iscrivermi alla newsletter xtrapharm

### Cliente

Signora     Signor

\_\_\_\_\_  
Numero cliente xtrapharm (se è già nostro cliente)

\_\_\_\_\_  
Cognome, nome

\_\_\_\_\_  
Indirizzo, No.civico

\_\_\_\_\_  
CAP, Località

\_\_\_\_\_  
Tel. privato/Natel

\_\_\_\_\_  
Data di nascita

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Indirizzo di consegna

Solo per questo ordine

Sempre al seguente indirizzo

\_\_\_\_\_  
Indirizzo, No.civico

\_\_\_\_\_  
CAP, Località

### BMI (Body-Mass-Index)

\_\_\_\_\_  
La sua altezza

\_\_\_\_\_  
Il suo peso

### Assicurazione

\_\_\_\_\_  
Assicurazione base

\_\_\_\_\_  
Numero assicurato (numero carta)

\_\_\_\_\_  
Assicurazione complementare

\_\_\_\_\_  
Numero assicurato (numero carta)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma