

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. Mobile :

Tél. Fixe :

Adresse Mail :

Âge : Sexe : Garçon Fille

Allergie(s) :

TARIFICATION

Prix : Mode de règlement :

Date :/...../..... Infestation importante (+20€)

Aucune remise Remise famille 10% 15% 20% 25%

RECOMMANDATIONS DE L'EXPERT

Recommandations :

SIGNATURE DU
PESONN. DE L'EXPERT

PREMIER TRAITEMENT

Date :/...../..... Heure (début) : Heure (fin) :

NOMBRE DE :

Lentes : Nymphes :

Poux mâles : Poux femelles :

Remarques :

DEUXIÈME TRAITEMENT (GARANTIE DE 7 JOURS)

Date :/...../..... Heure (début) : Heure (fin) :

NOMBRE DE :

Lentes : Nymphes :

Poux mâles : Poux femelles :

Remarques :

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



1. L'Expert a t-il répondu à toutes vos questions ?

2. L'Expert a t-il respecté les règles d'hygiène ?
(blouse, gants, cape de protection, propreté du matériel...)

3. L'Expert vous a t-il présenté notre gamme de produits Levia ?

4. L'Expert s'est il montré courtois ?

5. Recommanderiez vous notre service ?

6. Comment nous avez-vous connus ? Bouche à oreille Internet / Réseaux Les Pages Jaunes

Publicité (préciser) Autre (préciser)

7. Un dernier mot sur notre service ?



DÉPISTAGE (ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE)

PARTIE À DÉCOUPER

Date :/...../..... Classe :

Forte probabilité d'infestation

Observations :

Elève : Instituteur :

Risque d'infestation

.....

Pas d'infestation

.....

.....



Besoin de conseils, ou d'un accompagnement ?



07 67 74 42 00
APPEL NON SURTAXÉ

WWW.POUXEXPERTS.FR