

**CONSEGNA QUESTO INVITO AD UN AMICO  
E CHIEDIGLI DI COMPILARE I DATI SOTTOSTANTI:**

 NOME

 TEL

IL NOME DELL'AMICO CHE TI HA INVITATO

 NOME DELL'AMICO

**AUTORIZZO LA CLINICA A COMUNICARE AL MIO AMICO CHE  
HO INIZIATO IL TRATTAMENTO AFFINCHÈ POSSA RICHIEDERE  
IL SUO REGALO E IO IL MIO SCONTO DI € \_\_\_\_\_.**

FIRMA

**clearcorrect**  
A Straumann Group Brand

**Condizioni generali**

1. L'amico che è stato invitato è tenuto a consegnare il presente voucher al momento del consulto iniziale.
2. Una volta che il tuo amico avrà iniziato il trattamento, potrai riscattare la tua offerta.
3. Offerta valida fino a \_\_\_\_\_.
4. Gli omaggi non possono essere trasferiti ad un altro cliente o utilizzati da qualcun altro.

## Invita un amico



1. Il tuo amico compila questo invito



2. Il tuo amico completa il trattamento



3. \_\_\_\_\_



4. \_\_\_\_\_