

HERBALIFE INTERNATIONAL Deutschland GmbH  
Gräfenhäuser Str. 85  
64293 Darmstadt, Deutschland  
Tel.: 0800 606040 Fax.: 0800 101014  
E-Mail: MBS-Germany@herbalife.com

*Den ausgefüllten Antrag bitte an HERBALIFE senden.*

**KUNDE (Bitte leserlich ausfüllen):**

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Erbitte Rückzahlung des Kaufpreises für (Produktname bzw. SKU und Stückzahl):  
\_\_\_\_\_aus folgenden Gründen:  
\_\_\_\_\_**MITGLIED (Bitte leserlich ausfüllen):**

Datum: \_\_\_\_\_

Name: Katharina Bläsi

ID Nummer: 4410351135

Strasse: Dürrmattweg 3

PLZ/Ort: 5734 Reinach / AG

Telefon: 0793233301

Hiermit übergebe ich dem Mitglied gemäß der 30-tägigen Produktgarantie zusammen mit meiner Quittung den unverbrauchten Rest des Produktes.

**Ich habe das Produkt:**  1 Woche oder weniger;  2 Wochen;  3 Wochen;  4 Wochen lang ausprobiert.

**Rückerstattung in Höhe von** € Fr. \_\_\_\_\_ (inkl. MwSt) bestätigt.

**Unterschrift des Kunden:** \_\_\_\_\_

**Dieses Formular ist nur mit Kundenquittung gültig**

Damit wir auch in Zukunft unseren Kunden und Mitgliedern einen zuverlässigen und guten Service bieten können, sind wir bei HERBALIFE stets an Ihrer Meinung und Ihren Vorschlägen interessiert. Mit Hilfe dieses ausgefüllten Formulars können wir den Wünschen unserer Kunden und Mitglieder entsprechen und so gemeinsam den Erfolg unseres Unternehmens bestimmen. Wir danken für Ihre Mitarbeit.

**An HERBALIFE**

Hiermit bestätige ich, dass ich den oben eingesetzten Betrag an den Kunden zurückerstattet habe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitglieds: \_\_\_\_\_

**Hinweis für das Mitglied**

Nach Rückerstattung an den Kunden, bitte das Formular ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit der Kundenquittung innerhalb von 30 Tagen an das Herbalife Vertriebszentrum schicken.