

FORM TESTIMONI PRODUK NOVI PT. ACCELERATING BUSINESS EMINENCE

Mohon melengkapi kolom-kolom berikut ini, untuk memberikan testimoni produk NOVI

DATA PRIBADI

Nama :

MID :

Alamat :

.....

No Tlp :

Usia :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

DATA TESTIMONI

1 Apakah Anda sudah mengetahui produk NOVI sebelumnya ?

Ya Tidak

2 Jika Ya, dari manakah Anda mendapatkan informasi produk NOVI ?

Teman

Saudara

Jaringan

Dll, Sebutkan :

Berikan deskripsi/ penjabaran mengenai keluhan

3 Apakah permasalahan utama kulit Anda?

Jerawat Tanda awal penuaan

Kurangnya kelembaban Warna kulit tidak merata

Kulit kusam Pigmentasi

Bintik hitam Dll, sebutkan :

Note : Pilih salah satu atau lebih masalah diatas yang Anda alami saat ini sebelum menggunakan produk NOVI

4 Apakah jenis kulit Anda? (pilih salah satu)

Normal

Kombinasi

Berminyak

Kering

5 Produk NOVI yang digunakan

Puriwhite Cleanser

Puriwhite Essence

Puriwhite CC Cream

Puriwhite Mask

6 Frekuensi penggunaan produk NOVI dalam satu hari

Puriwhite Cleanser _____ X/ Hari

Puriwhite Essence _____ X/ Hari

Puriwhite CC Cream _____ X/ Hari

Puriwhite Mask _____ X/ Minggu

7 Selama mengikuti program testimoni ini, apakah ada produk kosmetik lain yang Anda gunakan selain produk NOVI ?

Ya
 Tidak

Jika jawaban Anda Ya, maka sebutkan produk tersebut :.....
:.....
:.....

8 Reaksi apakah yang Anda rasakan secara langsung selama menggunakan produk NOVI ?

9 Berikan deskripsi/ penjabaran setelah Anda menggunakan produk NOVI selama 2 bulan ini

10 Lampiran photo wajah Anda mulai dari minggu pertama sebelum menggunakan Produk NOVI selama 8 Minggu.Foto diambil bersamaan dengan produk Novi Anda

Photo Minggu 1	Photo Minggu 2	Photo Minggu 3	Photo Minggu 4	Photo Minggu 5	Photo Minggu 6	Photo Minggu 7	Photo Minggu 8
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

11 Mohon berikan saran untuk peningkatan kualitas produk NOVI
