

Merci d'avoir choisi les produits Flavon. Le fait que vous complétiez ce questionnaire va nous aider à comprendre vos habitudes et vos besoins en tant que consommateurs. Le but du questionnaire est d'obtenir des informations basiques à propos de la condition actuelle et la satisfaction de nos consommateurs. Veuillez prendre note que cette enquête ne concerne les données personnelles que d'un seul individu. Flavon Group Kft. préservera la confidentialité de vos informations et ne le cèdera pas à un tiers.

Vous pouvez remplir le questionnaire plus d'une fois, avec un minimum de 2 fois. Tout d'abord, quand vous commencez à consommer le produit et après - lors d'une prise constante - une durée de 60 jours. Chaque année en février, avril, juin, octobre et décembre, nous récompensons les personnes qui nous ont apporté leur soutien en nous renvoyant le questionnaire en tirant au sort 2 personnes qui reçoivent chacune un carton de chaque produit Flavon.

Si vous souhaitez participer à ce tirage au sort, merci de mentionner votre numéro ID :
Les numéros ID des gagnants seront publiés sur notre page officielle Facebook (www.facebook.com/flavonmaxklub).

VOTRE AGE:

Enfant: <4 4-6 6-10 10-14 14-18
Adulte: 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65-75 75<

GENRE:

Féminin Masculin

VOTRE POIDS (POUR VOTRE ÂGE):

- Moyen
- Maigre
- En surpoids
- Obèse

LE PLUS HAUT NIVEAU DE FORMATION ATTEINT:

- Ecole primaire
- Ecole technique, école secondaire
- Université, études supérieures
- Autre

PROFESSION :

POURQUOI PRENEZ-VOUS DES SUPPLEMENTS ALIMENTAIRES ?

- Pour maintenir mon état de santé général
- Mon médecin me l'a conseillé
- Je suis convaincu que c'est nécessaire et cela présente beaucoup d'avantages
- Mes connaissances me l'ont conseillé
- Pour booster ma performance
- Pour perdre du poids
- Pour améliorer ma sexualité
- Pour améliorer mon état de santé
- Pour soutenir ma convalescence, mon traitement thérapeutique
- En prévention
- Autre:

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE ? SI OUI, MERCI DE LES CITER:

PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS POUR CELA ? SI OUI, LESQUELS ?

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DIGESTIFS ?

- BALLONNEMENT REGULIER
- REMONTEES ACIDES
- BALLONNEMENT ABDOMINAL APRES REPAS
- ACIDITE GASTRIQUE, BRÛLANT
- REFLUX GASTRIQUE
- CONSTIPATION/ DIFFICULTE REGULIERE A VIDER L'INTESTIN
- DIARRHEE
- ERUCTATION, DILATATION
- FLATULENCES
- BESOIN URGENT ET ACCRU DE VIDER LES INTESTINS, MAUX D'ESTOMAC
- HEMORROÏDES
- SYNDROME DU COLON IRRITABLE / MALADIE DE CROHN
- AUTRE

ETAT DE SANTE RECENT:

En bonne santé Sérieusement malade

(maladies sérieuses persistantes ou de courte durée. Le rhume ordinaire peut être considéré comme faisant partie naturellement de notre vie quotidienne)

PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SANS ORDONNANCE DE MANIERE REGULIERE?

OUI NON

SI C'EST LE CAS, LESQUELS ?

CONSOMMEZ-VOUS DES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES AUTRES QUE FLAVON?

OUI NON

SI C'EST LE CAS, LESQUELS ?

- Vitamines
- Minéraux
- Fibres végétales
- Épices
- Huiles végétales/animales
- Protéines
- Produits contenant des glucides
- Extraits médicaux de champignons
- Boissons fonctionnelles
- Autre :

COMMENT OBTENEZ-VOUS DES INFORMATIONS SUR LE(S) PRODUIT(S) QUE VOUS SOUHAITEZ CONSOMMER ?

- Livres, magazines
- Internet
- Matériels professionnels, articles, media
- Amis, famille
- Nutritionnistes
- Docteurs
- Pharmaciens
- Spécialistes de l'entreprise
- Evènements
- Autres sources :

CONSOMMEZ-VOUS DES PRODUITS FLAVON ?

Oui Non

SI OUI, LEQUEL ?:

- Flavon Joy
- Flavon max +
- Flavon Green +
- Flavon max

- Flavon kids
- Flavon Green
- Flavon Active
- Flavon Protect

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR ET COMBIEN?

Produit: _____	1 fois	2 fois	3 fois	/	1 cuillère	2 cuillère	3 cuillère
Produit: _____	1 fois	2 fois	3 fois	/	1 cuillère	2 cuillère	3 cuillère
Produit: _____	1 fois	2 fois	3 fois	/	1 cuillère	2 cuillère	3 cuillère
Produit: _____	1 fois	2 fois	3 fois	/	1 cuillère	2 cuillère	3 cuillère

CONSOMMEZ-VOUS DES BOISSONS SUCREES REGULIEREMENT (PLUSIEURS FOIS PAR JOUR) ?

Oui Non

CONSOMMEZ-VOUS DES ALIMENTS SUCRES REGULIEREMENT (QUOTIDIENNEMENT OU UN JOUR SUR DEUX) ?

Oui Non

CONSOMMEZ-VOUS DES PRODUITS COMPLETS REGULIEREMENT (QUOTIDIENNEMENT OU UN JOUR SUR DEUX) ?

Oui Non

ETES-VOUS VEGETARIEN ?

Oui Non

MANGEZ-VOUS DE LA VIANDE OU DES PRODUITS D'ORIGINE ANIMALE REGULIEREMENT ?

Oui Non

PRENEZ-VOUS UN PETIT DEJEUNER REGULIEREMENT ?

Oui Non

PRENEZ-VOUS UN LUNCH REGULIEREMENT ?

Oui Non

DINEZ-VOUS REGULIEREMENT ?

Oui Non

MANGEZ-VOUS REGULIEREMENT DU FAST-FOOD ?

Oui Non

MANGEZ-VOUS DES LEGUMES AU MOINS 2 OU 3 FOIS PAR JOUR ?

Oui Non

MANGEZ-VOUS DES FRUITS AU MOINS 2 OU 3 FOIS PAR JOUR ?

Oui Non

QUELLE QUANTITE D'EAU BUVEZ-VOUS PAR JOUR

0,5 L 1 L-1,5 L 2 L 3 L plus de 3 litres

FAITES-VOUS DU SPORT REGULIEREMENT ?

Oui Non

COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE ?

1-2 2-3 4-5 6-7

SI OUI, QUEL EST LE TEMPS MOYEN QUE VOUS PASSEZ À FAIRE DU SPORT QUOTIDIENNEMENT ?

30 m 30-45 m 60 m plus de 60 m

PROBLEMES A SURMONTER :

(persistant, occasionnel mais sévère)

Consommation régulière d'alcool	Pas ce type de problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problème significatif
Tabac	Pas ce type de problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problème significatif
Drogues	Pas ce type de problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problème significatif
Beaucoup de cafés/boissons énergétiques par jour	Pas ce type de problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problème significatif

CONSACREZ-VOUS DU TEMPS A APPROFONDIR VOS CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES OU GENERALES ?

Oui Non

QUEL SONT LES 3 ASPECTS LES PLUS IMPORTANTS QUE VOUS CONSIDEREZ QUAND VOUS JUGEZ DES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES ?

- Produits de laboratoire
- Réputation
- Composition
- Apparence
- Prix
- Informations disponibles sur le produit
- Sans substances toxiques, sans additifs

LA PRISE REGULIERE DES PRODUITS FLAVON A-T'ELLE UN IMPACT FAVORABLE SUR LA QUALITE DE VOTRE ETAT DE SANTE ?

Oui Non

SI OUI :

SI NON :

SI VOTRE ENFANT CONSOMME ÉGALEMENT UN PRODUIT FLAVON, MERCI DE PARTAGER SON EXPÉRIENCE AVEC NOUS. QUE PREFERE-T'IL /T'ELLE DANS LE PRODUIT ?

MERCI DE NOUS PARTAGER VOS SUGGESTIONS :

.....

En remplissant ce questionnaire et en nous fournissant vos coordonnées et votre numéro d'identifiant, vous approuvez le fait que Flavon Group Kft (Veres P. u. 19, Debrecen 4033) les utilise puisqu'il n'y a pas de dispositif externe de traitement des données conformément au règlement relatif au traitement des données. La base légale sur laquelle sont traitées ces données - sauf indication contraire - est votre acceptation que vous les avez confiées librement et sous votre propre responsabilité conformément à l'article 1ère part. a) C.O.I. tv. 5.5 de l'année 2011. Vous avez fourni vos informations volontairement et vous en certifiez la sincérité. Flavon Group Kft. s'engage à stocker vos données personnelles de façon confidentielle et ne les cédera pas à un tiers, sauf en cas d'obligation créée par la législation. Ceux qui remplissent le questionnaire sont en droit de s'opposer à la communication de leurs données personnelles. Dans les 15 jours suivant la réception de cette opposition, Flavon Group doit enquêter sur les motifs de celle-ci, et en cas de désaccord entre les parties, l'opposant a 30 jours suivant la décision de Flavon Group pour prendre les mesures légales auprès de la Cour d'Appel de Debrecen. En cas de violation des droits de la personne qui a rempli le questionnaire, celle-ci peut s'adresser à l'autorité nationale hongroise pour la protection des données et la liberté d'information (Szilágyi Erzsébet fasor 22/C., Budapest, 1024) ou s'adresser au tribunal. Vous pouvez demander la modification, la suppression de vos données à tout moment en nous informant de cette demande par mail à info@flavongroup.com ou par la poste à Flavon Group Veres P. u. 19., Debrecen, 4033.