

LifePharm Global Network

Gedung Panin Life Center, Lantai 3 Ruang 303A
Jl. Letjen S. Parman Kav.91, Jakarta 11730
Telp : (+62-21) 5695-6155, Fax : (+62-21)5695-6156
www.lifepharmglobal.com



LP GLOBAL NETWORK
INDONESIA

Tanggal :

FORM TESTIMONIAL / KESAKSIAN

DATA PRIBADI

Nama Lengkap : _____ Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____
ID Member : _____ Usia : _____
Kota : _____ Provinsi : _____
E-mail : _____ Telp/Hp : _____

Judul Kesaksian : _____

Isi Kesaksian

Catatan : Mohon dapat melampirkan foto ukuran 4R atau dapat mengirimkan foto melalui e-mail ke helena@lifepharmglobal.com

Dengan ini saya menyatakan bahwa kesaksian di atas adalah murni merupakan kejadian yang benar terjadi sebenar-benarnya tanpa ada unsur kesengajaan ataupun paksaan dari pihak lain. Saya menyatakan pula bahwa kesaksian di atas dapat diarsip oleh pihak LifePharm Global Network dan boleh disebarakan sebagai media untuk mengembangkan jaringan LPGN di Indonesia

Tanda Tangan Perusahaan

Tanda Tangan Member

(_____)

(_____)

Catatan : Lembar Pertama Untuk Perusahaan (Putih), Lembar kedua untuk member (Merah), lembar ketiga untuk bagian keuangan (Kuning)