



We Appreciate Your Feedback

Full Name:-	Age:-
Address	
District:-	State:-
Pincode:-	
Mobile No.:-	Email:-

1. How Did You Know About kalpamrit ?

आपको कल्पामृत के बारे में कैसे जानकारी मिली ?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Kalpamrit Distributor(कल्पामृत डिस्ट्रीब्यूटर) | <input type="radio"/> Friend(मित्र) |
| <input type="radio"/> Kalpamrit Store(कल्पामृत स्टोर) | <input type="radio"/> Internet(इंटरनेट) |
| <input type="radio"/> Paper/ Hording/ leaflet(पेपर लीफलेट) | |

2. What diseases did you have and since when?

आपको क्या-क्या बीमारियां थी और कब से ?

3. Which products of Kalpamrit did you use? (Please write their names)

कल्पामृत के आपने कौन-कौन से प्रोडक्ट इस्तेमाल किए ? (कृपया उनके नाम लिखें)

4. What results did you get from Kalpamrit's product?

आपको क्या क्या परिणाम कल्पामृत के प्रोडक्ट से मिला ?

5. How many numbers would you like to give to Kalpamrit's product?

कल्पामृत के प्रोडक्ट को आप कितने नंबर देना चाहेंगे ?

5.Excellent 4.Good 3.Average 2.Poor 1.Very poor

6. Would you recommend our product to other?

क्या आप अन्य लोगों को भी कल्पामृत के बारे में बताना चाहेंगे ?

Yes(हाँ) No(नहीं)

7. Are You comfortable with any person wants to talk about kalpamrit product result?

यदि कोई व्यक्ति आपसे कल्पामृत प्रोडक्ट के रिजल्ट के बारे में बात करता है तो क्या आप कर सकते हैं ?

Yes(हाँ) No(नहीं)

Signature

Distributor Id:-

Distributor Name:-

Distributor Mobile No.:-