

Monsieur LEPROUST Pascal  
Bâtiment 2 résidence Fleurie  
Rue des réservoirs  
28000 CHARTRES

Tél : 09.52.67.27.53

Demandeur : NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
BP : .....  
Ville : .....

Madame, Monsieur,

Faisant suite à votre demande, j'accepte de vous aider à distance. Si je peux vous assurer de mon concours et de toute ma confidentialité, je ne puis vous garantir formellement un résultat. Pour mettre toutes les chances de notre côté et tenter d'apporter un soulagement, les soins à distance doivent répondre à six critères :

→ Prénom du sujet à traiter : .....

→ Joindre impérativement 1 photo des pieds à la tête du sujet seul datant de moins de 2 ans. Ajouter un écrit, une mèche de cheveux ou un objet de petite taille ayant appartenu à l'intéressé. Ces objets vous seront restitués après le traitement selon votre demande.

→ Résumer la pathologie ou l'état de souffrance à traiter :

.....  
.....

→ Établir une liste des aliments solides et liquides que vous absorbez matin, midi et soir sur 7 jours. Voir Tableau des habitudes alimentaires.

→ Joindre votre règlement :

TARIFS :

**60 € T.T.C.** comprenant l'étude du terrain et 4 séances de magnétisation à distance.

**40 € T.T.C.** en cas de renouvellement, si besoin est et avec votre accord, les résultats devant apparaître dès le premier mois.

→ Si le mandant accepte ces conditions, il me retournera la présente lettre, datée, signée avec la mention manuscrite suivante :

*« Lu et approuvé. Cette demande ne modifie en rien la prescription médicale en cours »*

.....  
.....

Le :

Signature :

Je débiterai le traitement dès réception de votre ordre.

Restant à votre disposition, recevez, Madame, Monsieur, l'assurance de mon profond dévouement.

LEPROUST Pascal