



PANTENE

תרומת השיער שלי:

שם: _____

משפחה: _____

תאריך: _____ **גיל:** _____

טלפון נייד: _____

דוא"ל: _____

תעודה דיגיטלית תשלח לכתובת המייל שרשמתם.

שימו לב לכתוב בכתב קריא.

