DISTRIBUIDOR INDEPENDIENTE

ORDEN & ACUERDO

ForMor Brasil • web: www.formor.com • email: amckenzie@formor.com • fax: 1-501- 336-0153

FECHA ____/____/____ (M D A)

ID DEL PATROCINADOR

NOMBRE DEL PATROCINADOR

POSICION OPCIONAL

información del aplicante (por favor, escriba claro)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE. - TAL COMO DEBERIA APARECER EN SUS PAGOS)

SU NUMERO DE MEMBRESIA

DIRECCION DE RESIDENCIA

CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL | NUMERO DE TELEFONO

EMAIL | NUMERO DE FAX

DIRECCION DE ENVIO ☐ SELECCIONE SI LA DIRECCION DE ENVIO ES LA MISMA DE RESIDENCIA.

DIRECCION

CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL | FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ (M D A)

#	código	artículo	precio	TOTAL
	1530	10 paquetes de microfibra 14 x 14	$255.00	

PARA USO INTERNO EN OFICINA UNICAMENTE

ORDEN# ____

TOTAL A PAGAR

Unicamente distribuidores de ForMor pueden vender productos ForMor o inscribir Distribuidores.

FIRMA REQUERIDA

RECONOZCO QUE HE LEIDO CUIDADOSAMENTE Y CONFIRMO QUE ESTARE SUJETO(A) AL ACTUAL Y FUTURO TERMINOS Y CONDICIONES DEL DISTRIBUIDOR. AUTORIZO FORMOR INC., A USAR MI CUENTA DE BANCO O TARJETA DE CREDITO PARA PAGAR POR ESTA ORDEN Y FUTURAS ORDENES, INCLUYENDO AUTOENVIO, GASTOS DE ENVIO, GASTOS DE MANEJO E IMPUESTOS. AUTORIZO LA ENTREGA DE PRODUCTOS ADQUIRIDOS EN LA DIRECCION MENCIONADA ARRIBA, A LO CUAL PUEDE NO SE DIRIJIDA A MI PERSONALMENTE O EN MI DIRECCION DE CUENTA.

FIRMA:

_____ FECHA: _____

método de pago la información requerida en la casilla correspondiente

☐ COMISIONES - Confirme su saldo ☐ TARJETA DE CREDITO - complete información

❑ VISA ❑ MASTERCARD ❑ DISCOVER ❑ AMERICAN EXPRESS

NUMERO DE TARJETA: _____ EXP.: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____ CODIGO SEG: _____