

Datos personales del Afiliado Independiente

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO FECHA DE NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO

USUARIO NOMBRE DE RECONOCIMIENTO

CALLE Y NÚMERO DIRECCIÓN DE ENVÍO CORREO

COLONIA CIUDAD ESTADO C.P.

RFC (Con HOMOCLOAVE) CURP CELULAR

MÉTODO DE PAGO

16 DÍGITOS DE TU TARJETA

SELECCIONAR

VISA MC

FECHA EXPIRACIÓN

CVV

Autorizo a Laboratorio y red de distribución Vital Health, S.A. de C.V. a realizar el cargo a mi tarjeta de crédito o débito por el monto total correspondiente al paquete o producto que he seleccionado.

PAQUETES DE INICIO (PRECIOS EN MXN)

BRONCE
\$4,640.00

PLATA
\$6,960.00

ORO
\$13,920.00

PLATINO PLUS
\$27,840.00

*Más costo de envío

MEMBRESÍA VITALICIA \$580 MXN

Patrocinador Teléfono:

Presentador Teléfono:

Colocación binario Izquierdo Derecho Teléfono:

Mediante la firma de este formulario solicito ser Afiliado Independiente de Vital Health. Certifico que soy mayor de 18 años y que he leído cuidadosamente y acepto todos los términos y condiciones indicados en (1) esta solicitud y el Contrato de Afiliado Independiente, incluso aquellos listados por separado bajo el título "Términos y Condiciones", (2) el Plan de Comisiones y Bonificaciones y (3) la Declaración de Políticas y Procedimientos, todos los cuales se incorporan a este Contrato y pueden ser modificados periódicamente a discreción absoluta y total de Vital Health. Es de mi conocimiento que Vital Health no garantiza el éxito de mi negocio ni los ingresos que yo pudiera obtener en caso de que los hubiera. Entiendo que soy un Afiliado Independiente y este Contrato no crea una relación laboral. Es de mi conocimiento que este Contrato es una solicitud para llegar a ser Afiliado Independiente, pero para lograr serlo, tiene que pasar lo siguiente: 1. Este contrato llegue a Vital Health y sea aceptado. 2. Yo tenga un cliente o afiliado en mi organización, y 3. Reciba mi primer pago de comisiones.

NOTA IMPORTANTE

Laboratorio y red de distribución Vital Health, S.A. de C.V. no se hace responsable por dinero entregado a terceras personas por concepto de inscripción o re-compra. Para realizar un pago, este debe ser depositado directamente a la cuenta bancaria de Laboratorio y red de distribución Vital Health mediante transferencia bancaria y/o cargo a tarjeta de crédito o débito.

Firma del afiliado independiente

FECHA

