

Formulario de pedido de UKON y solicitud de distribuidor



Enagic USA, Inc.

Sede Oficial
4115 Spencer St., Torrance, CA 90503
Teléfono: (310) 542-7700 / FAX: (310) 347-4447
Línea gratuita: (866) 261-9500 / goc.usa@enagic.com

Pago de Financiamiento UKON Auto renovación

RELLENAR CLARAMENTE

USO DE OFICINA SOLAMENTE <No Completar>

Información del postulante

Nombre	Primer Nombre	Segundo Nombre (o Inicial de S.N.)	fecha de aplicación		
	Apellido		¿Es usted actualmente distribuidor Enagic? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ENAGIC ID #		
Número de Licencia de conducir:		Estado:	Fecha de Nacimiento:		
Dirección postal (debe coincidir W9):			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
SS#			Teléfono:		
Celular:		Fax:	Email:		
Dirección de facturación (si es diferente a la dirección postal)			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de envío (si es diferente a la dirección postal) C/O			Teléfono:		
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:

* Información de Inscriptor (si corresponde) y de patrocinador

Nombre de Inscriptor:	ID de Inscriptor:	Teléfono:
Nombre del patrocinador: <input type="checkbox"/> Lo mismo que arriba		
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> REGISTRE ESTE SOLICITANTE COMO SU [] A Bajo patrocinador: Número de identificación: </div>		
Teléfono:		

ARTÍCULO PEDIDO

<input type="checkbox"/> KANGEN UKONZ Nuevo Contrato de 12 meses \$175 / mes	Monto del pago ** Se aplica una tarifa de instalación mensual de \$ 10						
	<input type="checkbox"/> Cápsula (30 cajas) <input type="checkbox"/> Combinación: Cápsula (20 Cajas), Té (10 Cajas), Jabón (16 Barras)	$\$1980 + \120^{**} <small>Precio UKON</small>	$- (\$175 \times 11)$ <small>Monto Financiado</small>	$+$	<small>Impuesto.</small>	$+$	$\$20$ <small>Envío.</small>
<input type="checkbox"/> KANGEN UKON Contrato de 4 meses \$180 / mes	<input type="checkbox"/> Cápsula (10 cajas) <input type="checkbox"/> Té (20 cajas) <input type="checkbox"/> Jabón (32 barras) <input type="checkbox"/> Combinación (Circule 2 elementos)	$\$760 + \40^{**} <small>Precio UKON.</small>	$- (\$180 \times 3)$ <small>Impuesto.</small>	$+$	$+$	$\$15$ <small>Envío.</small>	$= \$$ TOTAL

* Información de pago: TARJETA DE CRÉDITO. *** SE REQUIERE COMPLETAR TODO LO SIGUIENTE ***

<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Master Card	<input type="checkbox"/> Amex	<input type="checkbox"/> Discover	<small>No se aceptan Tarjetas Diner</small>
Número de Tarjeta de Crédito/Número de cuenta de cheques		Fecha de vencimiento/Número de ruta		CVV #
Nombre del titular de la tarjeta (escriba claramente)		Firma del titular		

*** Complete el formulario de pagador alternativo si alguien además del solicitante realizará el pago inicial y / o el pago mensual. ***

Certifico que se me ha proporcionado una copia, y he leído, entendido y acepto las disposiciones del manual de Políticas y Procedimientos de Enagic USA, Inc., que (con cualquier enmienda o reformulación proporcionada por Enagic USA después de esta fecha) se establece en su totalidad en este documento y establece los términos y condiciones exclusivos de mi acuerdo con Enagic USA, Inc.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a ENAGIC USA, INC a cobrar el monto que he indicado arriba en mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

He leído y entendido la Política de devoluciones que establece el procedimiento que debo seguir para recibir cualquier posible reembolso.

Entiendo que el pago es por el plazo inicial indicado arriba. Autorizo a Enagic USA a renovar automáticamente el pago al final de cada plazo, a menos que presente un Formulario de cancelación al vencimiento del plazo. Tras la renovación, entiendo y acepto que el Pago de Renovación vence en la fecha en que expira el plazo actual. Por ejemplo, si el plazo actual vence el pago vence el mismo día. Esto se aplica a todos los Pagos de Renovación adeudados hasta que la empresa cancele la cuenta de Ukon o el titular de la cuenta la cancele.

Entiendo que es responsabilidad del Solicitante realizar un seguimiento de cualquier pago adeudado. Se aplicará un cargo por mora de \$ 20 a la cuenta con cada pago atrasado. Si no realiza un pago mensual o de renovación dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha de vencimiento, su cuenta puede ser suspendida o cancelada.

Cualquier beneficio de SP adjunto a este producto será descontinuado en el momento de la suspensión o cancelación de la cuenta.

Al firmar la línea a continuación, reconozco que he leído y comprendido los términos y condiciones. Los términos y condiciones están sujetos a cambios con o sin previo aviso. Este acuerdo se rige por la ley de California y el lugar apropiado será un tribunal de jurisdicción competente ubicado más cerca de la sede de la Compañía.

Nombre del solicitante en letra imprenta (nombre de la empresa y del agente si está firmado en nombre de una empresa)	Nombre del inscriptor en letra de imprenta (nombre de la empresa y del agente si se firma en nombre de una empresa)
Firma del Postulante	Firma del Inscriptor.
Fecha	Fecha

*Cambia tu agua...
Cambia tu vida*