



Enagic USA, Inc.

Sede Oficial

4115 Spencer St., Torrance, CA 90503

Teléfono: (310) 542-7700 / FAX: (310) 347-4447

Línea gratuita: (866) 261-9500 / cc@enagic.com

RELLENAR CLARAMENTE

ID DE DISTRIBUIDOR# <No Completar>

***Información del postulante**

Nombre legal Completo (Primer y segundo nombre con apellido o nombre de compañía):			Fecha de Postulación:		
Número de Licencia de conducir:	Estado:	Fecha de Nacimiento:			
Dirección postal (debe coincidir W9):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono		Fax:			
Celular:		Email:			
Dirección de envío alternativa:		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				
Teléfono:	<table border="1"> <tr> <td>Registre este solicitante como su [] A</td> </tr> <tr> <td>Bajo patrocinador</td> </tr> <tr> <td>Número de identificación</td> </tr> </table>		Registre este solicitante como su [] A	Bajo patrocinador	Número de identificación
Registre este solicitante como su [] A					
Bajo patrocinador					
Número de identificación					

ARTÍCULO PEDIDO	Método de pago
-----------------	----------------

	<input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO Sales ____ $\frac{\text{\$Precio unitario}}{\text{\$}} + \frac{\text{Impuestos}}{\text{\$}} + \frac{\text{Envío}}{\text{\$}} = \text{\$ Total}$
	<input type="checkbox"/> PAGO ENAGIC <** Se requiere usar la aplicación de pago del sistema Enagic **> <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 16 meses <input type="checkbox"/> 20 meses <input type="checkbox"/> 24 meses $\text{\$ Manejo} + \text{\$ Impuestos} + \frac{\text{Envío}}{\text{\$}} + \frac{\text{pago inicial}}{\text{\$}} = \text{\$ Total de pago inicial}$

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

Por motivos de seguridad, le enviaremos un enlace para que usted pueda agregar la información de su tarjeta de crédito. Este enlace será enviado al correo electrónico que ingresó en esta aplicación. Favor de asegurarse de que esté escrito correctamente para evitar retrasos.

Recogida alternativa

Licencia de conducir del distribuidor	Nombre (letra imprenta)	Firma (del patrocinador o comprador)	Fecha
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-------

***Firma**

Firma del postulante	Fecha	Firma del patrocinado	Fecha
----------------------	-------	-----------------------	-------

ENVÍO

RECOGER