

SOLICITUD DE MEMBRESÍA SHAKLEE®

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE. TODAS LAS FIRMAS EN TINTA.

FOR OFFICE USE ONLY

Marque aquí si hizo su solicitud por teléfono.

NO. DE IDENTIFICACIÓN ASIGNADO POR SHAKLEE

Marque aquí si incluye los datos de su cónyuge

Idioma que prefiere:

Inglés Español Chino

MIS DATOS DE CONTACTO

SU NOMBRE (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

NOMBRE DE SU CÓNNYUGE SI ES PERTINENTE (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

DIRECCIÓN (Indique el número de apartamento si es pertinente) _____

SU CIUDAD O POBLACIÓN _____ CONDADO _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SSN O ITIN (requerido para entidades Distribuidoras) O NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR O NÚMERO DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN ESTATAL (sólo puede ser usado para la Membresía) _____ SU FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año) _____ SU NÚMERO DE TELÉFONO (con código de área) _____

SSN, ITIN, LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN ESTATAL DE SU CÓNNYUGE _____ LA FECHA DE NACIMIENTO DE SU CÓNNYUGE (día/mes/año) _____ E-MAIL (para tener acceso gratuito a MyShaklee.com) _____

DATOS DE MI PATROCINADOR

NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL PATROCINADOR QUE ME INSCRIBÍ (Patrocinador debe tener su SSN o ITIN registrado con Shaklee) _____ NÚMERO DE TELÉFONO (con código de área) _____

NOMBRE DEL PATROCINADOR (Apellido, nombre, inicial) _____ FIRMA DEL PATROCINADOR (EN TINTA) (Patrocinador ha entregado una copia del P&R al Distribuidor nuevo) _____

OPCIONAL :
 NUEVO PATROCINADOR
 NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL NUEVO PATROCINADOR _____

CÓMO EMPIEZO

	CÓDIGO Español	CANT.	CÓDIGO Inglés	CANT.	PRECIO
<input type="checkbox"/> ¡SÍ! Quiero el GOLD Ambassador Mission PAK (Incluye Kit para Distribuidores) (para Distribuidores – requiere un SSN o ITIN)					
<input type="checkbox"/> GOLD Premiere Tru-Infinity™ Collection #59278					
<input type="checkbox"/> Nutrition Therapy Skin Care™ Collection (Normal to Dry) #59308					
<input type="checkbox"/> Vivix™ Tru-Infinity Collection #59276					
<input type="checkbox"/> Healthy Home, Healthy You™ Collection #59303					
<input type="checkbox"/> Cinch® Inch Loss Plan Collection #59131					
<input type="checkbox"/> Kosher GOLD Premiere Collection #59106					299.00
<input type="checkbox"/> ¡SÍ! Quiero el Kit de Bienvenida para Distribuidores (para Distribuidores – requiere un SSN o ITIN) <input type="radio"/> Enviar Kit al Patrocinador	75479		75756		39.95
<input type="checkbox"/> ¡SÍ! Quiero el Paquete para Miembros Nuevos	75298		75297		19.95
<input type="checkbox"/> Inscripción para Hotline por seis meses (vía tarjeta de crédito)	n/a		n/a		24.00
<input type="checkbox"/> Inscripción para un Sitio Web Personal (Incluidos tres meses gratis con el GOLD Ambassador Mission PAK)	n/a		n/a		14.95 / mes
<input type="checkbox"/> Preguntar a su Patrocinador sobre otros productos					

A PARTIR DEL PRÓXIMO MES

Inscribanme en AutoShip para ahorrar 10%*

Vivix y Vitalizer™ Incluye Vivix y Vitalizer (elige uno). Vitalizer #20246 Vitalizer + Iron #20247 Vitalizer Gold #20248
 Además, una oferta para comprar una lata** de Cinch Shake Mix por sólo \$10 (precio al por menor: \$48) cada mes que mantenga su Vivix y Vitalizer AutoShip

Rx for a Healthier Life™ Incluye Vivix, NutriFeron®, una lata** de Cinch Shake Mix, Vitalizer (elige uno) Vitalizer #20246 Vitalizer + Iron #20247 Vitalizer Gold #20248
 Además, una oferta para comprar un producto Shaklee por \$10 (hasta por un valor de precio al por menor de \$93.25) cada mes que mantenga su Rx For a Healthier Life AutoShip.

*Sus pedidos serán enviados mensualmente según la fecha de su primer envío. (Ver atrás para más información).
 **Su primer Cinch Shake será de vainilla. Haga cambios a pedidos futuros y reciba su cupón por internet en "Manage Autoship".

SUBTOTAL: \$ _____

ELIJA SU MÉTODO DE PAGO

Usted puede pagar con su tarjeta de crédito, o "money order" cheque de caja. Si se inscribe en el programa AutoShip usted debe pagar con tarjeta de crédito para autorizar los cargos mensuales. Su tarjeta de crédito será cargada cuando Shaklee tramite su pedido. Si piensa pagar con un cheque de caja, por favor llame al 1.800.SHAKLEE para obtener el monto completo, incluyendo los costos por envío y manejo y los impuestos aplicables. No se aceptan cheques personales.

Marque aquí si adjunta un cheque de caja o giro postal.

CARGAR A MI: MASTERCARD® VISA® AMEX® DISCOVER®

NÚMERO DE LA TARJETA _____ (fecha vencimiento – Mes/Año) _____

NOMBRE TAL Y COMO APARECE EN LA TARJETA _____

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE (EN TINTA) _____

Cuota de Membresía/
Entidad Distribuidora: \$ _____

SUBTOTAL: _____

Los cargos por envío y manejo y los impuestos aplicables serán calculados y añadidos a su pedido.

TOTAL: _____

(Entre la cantidad de arriba)

Yo me comprometo (nosotros nos comprometemos) a cumplir los términos dispuestos en el P&R, con todas las enmiendas a que sea sometido, así como en otras publicaciones de Shaklee. El P&R está disponible en MyShaklee.com.

Yo he (nosotros hemos) leído todos los términos y condiciones antedichos en la página 2 de esta aplicación y nos comprometemos a cumplirlos. Certificamos la veracidad de los datos provistos.

FIRMA DEL SOLICITANTE (EN TINTA) _____

FECHA _____

FIRMA DEL CÓNNYUGE (SI TAMBIÉN SE INSCRIBE) (EN TINTA) _____

FECHA _____



Por correo: Shaklee Corporation, Attn: Field Support, P.O. Box 8040, Pleasanton, CA 94588. Por fax: 1.888.SHK.4FAX (1.888.745.4329)

BLANCO: Shaklee AMARILLO: Solicitante ROSADO: Patrocinador