

# APLICACION Y ACUERDO DE NUEVO DISTRIBUIDOR



VELOCITY INTERNATIONAL MARKETING  
102 WEST 9TH STREET  
OWENSBORO, KY 42303  
TEL: (270) 689-0035  
FAX: (270) 684-6176  
WWW.VELOCITY4U.COM

## SOLICITANTE (Escriba claramente)

Numero Seguro Social O Federal ID # \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre de compania \_\_\_\_\_  
Direccion (Numero de casa y calle) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefono del Fax ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono del Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo electronico \_\_\_\_\_

## DIRECCION DE CORREO (UPS no puede entregar a un PO Box. Anque diferente.)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Direccion (Numero de casa y calle) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

## PATROCINADOR

Numero Seguro Social O Federal ID # \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

## COLOCACION

La colocacion de este Miembro va a ser automaticamente elegida En caso de no avisar lo contrario. Colocacion va por la pierna mas debil. Sin embargo el patron puede elegir el lugar del miembro. Complete la siguiente seccion correctamente. No es posible cambiar la colocacion seleccionada.

Numero Seguro Social O Federal ID # \_\_\_\_\_ Ponemos asociado en \_\_\_\_ Derecha o \_\_\_\_ Izquierda

## NIVEL DE ENTRADA (marque uno)

\_\_\_ Nivel Profesional \$1034.00 (1 SUCCESS KIT & 12 Cajas de Patagonian Maqui Juice) Subtotal de Orden: \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Nivel Profesional \$1034.00 (1 SUCCESS KIT & 12 Cajas de Maximum Velocity) KY Residentes (agrega el 6% de taxes): \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Nivel Ejecutivo \$279.00 (1 SUCCESS KIT & 2 Cajas de Patagonian Maqui Juice) Total de Orden: \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Nivel Ejecutivo \$279.00 (1 SUCCESS KIT & 2 Cajas de Maximum Velocity)  
\_\_\_ Nivel Distribuidor \$179.00 (1 SUCCESS KIT & 1 Caja de Patagonian Maqui Juice)  
\_\_\_ Nivel Distribuidor \$179.00 (1 SUCCESS KIT & 1 Caja de Maximum Velocity)  
\_\_\_ Customer Level (Product User Only.)

Internet URL \_\_\_\_\_  
Palabra secreta (Debe ser por lo menos 5 letras) \_\_\_\_\_

## FORMA INICIAL DE PAGO

\_\_\_ Visa \_\_\_ MasterCard \_\_\_ Discover \_\_\_ American Express \_\_\_ Check or M.O. Enclosed  
Numero de Targeta \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 3-codigos \_\_\_\_\_  
Firma Autorizada \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_/\_\_\_\_

## REGISTRACION DE ORDEN MENSUAL (Cheque uno. \$8.95 gastos de embio seran agregados en cada embio.)

\_\_\_ 2 Botellas Patagonian Maqui Juice \$ 75.00 \_\_\_ 2 cajas de Maximum Velocity™ \$75.00

## FORMA DE PAGO

\_\_\_ Visa \_\_\_ MasterCard \_\_\_ Discover \_\_\_ American Express \_\_\_ Check or M.O. Enclosed  
Numero de Targeta \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 3-codigos \_\_\_\_\_  
Firma Autorizada \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_/\_\_\_\_

## AUTORIZACION

Firmando abajo, reconozco que he recibido los Terminos de Acuerdo, Politicas y Procedimientos al reverse de esta hoja. He leído, y acepto todos los terminus y condiciones. Teniendo el derecho de cancelar mi registro, sin razon, solo tengo que mandar la cancelación a ScalarCore International a la dirección de arriba. Acepto los terminus y condiciones cuidadosamente leidos.

Autorizacion de aplicante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_