

HERBALIFE POLSKA Sp. z o.o.
Janki, ul. Falencka 1B
05-090, Raszyn, Polska
Dział Zamówień: (48-22) 703 76 00
(następnie 1 i ponownie 1) lub 0 - 801 16 62 16
Dział Kontaktów z Dystrybutorami: (48-22) 703 76 00
(następnie 1, a potem 2)



NUMER IDENTYFIKACYJNY

Powyższy numer będzie Twoim stałym numerem Identyfikacyjnym Herbalife

WNIOSEK O DYSTRYBUCJĘ

Wniosek musi być wypełniony rzetelnie oraz w całości, aby mógł zostać zaakceptowany przez Herbalife.

DANE KANDYDATA

Nazwisko / Last Name _____ Imię / First Name _____ Drugie Imię / Middle Initial _____

Adres korespondencyjny (Jeśli podana została skrytka pocztowa, należy w dalszej części Wniosku podać Adres Stałego Zameldowania) / Correspondence Address _____

Kod Poczтовый / Postal Code _____ Miasto / City _____

Nr kierunkowy do kraju / Cntry Cd. _____ Nr Kier / Area Cd. _____ Nr Telefon (W Ciagu Dnia) / Day Ph. _____ Nr Kier / Area Cd. _____ Telefon (Wieczorem) / Evening Ph. _____ Nr Kier / Area Cd. _____ FAX / FAX _____

Telefon komórkowy / Mobile Phone _____ Czy chciałbyś otrzymywać informacje poprzez Internet/E-mail? / Do you want your information sent to you via Internet/E-mail? Tak / Yes Nie / No

Adres E-mail (jeśli dotyczy) / E-mail Address (if applicable) _____

Data Urodz (dzień) / D.O.B. (day) _____ (mies - słownie / month) _____ (rok / year) _____ (wiek / age) _____ Numer NIP / National TIN Number _____

Nazwisko Małżonka (jeśli Dystrybucja będzie prowadzona wspólnie) / Spouse's Last Name _____ Imię / First Name _____ Drugie Imię / Middle Initial _____

Nazwisko osoby kontaktowej (jeśli jest to adres grzechnościowy). Jeśli podano adres grzechnościowy, należy poniżej podać Adres Stałego Zameldowania / c/o name. _____

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA (Jeśli inny niż korespondencyjny)

Adres (nie może być skrytka pocztowa) / Legal/Fiscal Address _____

Kod Poczтовый / Postal Code _____ Miasto / City _____

Kraj / Country _____ Nr kierunkowy do kraju / Country Cd. _____ Nr Kier / Area Cd. _____ Numer telefonu / Phone Number _____

INFORMACJE O SPONSORZE

Nazwisko Sponsora (drukowanymi literami) _____
Adres _____
Kod Poczтовый _____ Miasto _____
Tel. _____
Numer Identyfikacyjny Herbalife (ID) Sponsora _____

INFORMACJA O SUPERVISORZE

Nazwisko Supervisora (drukowanymi literami) _____
Adres _____
Kod Poczтовый _____ Miasto _____
Tel. _____
Numer Identyfikacyjny Herbalife (ID) Supervisora _____

Nazwisko nadzrędnego Sponsora i 1-szego nadzrędnego Supervisora

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

1-szy Sponsor: _____

Numer Identyfikacyjny (ID) Herbalife: _____

2-gi Sponsor: _____

Numer Identyfikacyjny (ID) Herbalife: _____

Supervisor: _____

Numer Identyfikacyjny (ID) Herbalife: _____

UWAGA DLA WNIOSKODAWCY ORAZ SPONSORA

Poprzednie Dystrybucje posiadane lub wspierane przez Wnioskodawcę muszą być zgłoszone w tej części. Jeśli obowiązkowy okres nieaktywności podany w Zasadzie 7-E (Kodeks Postępowania i Zasady Prowadzenia Dystrybucji) nie został zachowany, mogą nastąpić poważne komplikacje dla Wnioskodawcy/Dystrybutora i dla sponsorującej linii. Herbalife nie ponosi odpowiedzialności za żadne straty, które mogą nastąpić w wyniku podania nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji wymaganych poniżej. Podpis Wnioskodawcy poświadczają, iż poniższe informacje są prawdziwe i prawidłowe.

WYPEŁNIENIE TEJ CZĘŚCI JEST OBOWIĄZKOWE Czy Ty lub Twój małżonek byliście w przeszłości Dystrybutorami Herbalife lub wspieraliście jakąkolwiek Dystrybucję Herbalife? Zaznacz jedno: TAK NIE

Jeśli TAK, podaj swój poprzedni Numer Identyfikacyjny (ID) Herbalife / Nazwisko / Datę podpisania Wniosku. (Wnioskodawca jeśli podpisuje Umowę z nowym Sponsorem, musi zachować minimum jeden (1) rok nieaktywności po nie opłaceniu Rocznej Opłaty Manipulacyjnej lub rezygnacji z Dystrybucji). _____

Nie chcę otrzymywać narzędzi promocyjnych i służących rozwojowi biznesu materiałów od Herbalife. Potwierdzam, iż wybierając niniejszą opcję mam świadomość, iż realizacja mojej Umowy o Dystrybucję będzie z punktu widzenia konkurencyjności, w niekorzystnej pozycji.

Nie chcę otrzymywać narzędzi promocyjnych i służących rozwojowi biznesu materiałów od Herbalife lub jej partnerów drogą pocztową. Potwierdzam, iż wybierając niniejszą opcję mam świadomość, iż realizacja mojej Umowy o Dystrybucję będzie z punktu widzenia konkurencyjności, w niekorzystnej pozycji.

Herbalife może wysłać do mnie narzędzia promocyjne i służące rozwojowi biznesu drogą elektroniczną w imieniu swoim lub swoich partnerów. Potwierdzam, iż nie wybierając niniejszej opcji mam świadomość, iż realizacja mojej Umowy o Dystrybucję będzie z punktu widzenia konkurencyjności, w niekorzystnej pozycji.

WNIOSKODAWCA: Podpisując ten wniosek, Dystrybutor potwierdza, że zapoznał się z warunkami i zasadami na drugiej stronie tego wniosku i oświadcza, że będzie ich przestrzegał.

Podpis Wnioskodawcy: _____

Podpis Małżonka: _____

Miejsce _____
Miasto, Kraj _____

Numer NIP Małżonka _____

dnia _____
Dzień, Miesiąc _____ Rok _____



Kopie dla: 1-sza i 2-ga. Białe - Kopia dla Herbalife. 3. Różowa - Kopia dla Sponsora. 4. Żółta - Kopia dla Supervisora. 5. Niebieska - Kopia dla Wnioskodawcy. Kopiiowanie tej strony w całości lub częściowo jest nielegalne. © 2010 HERBALIFE INTERNATIONAL OF AMERICA, INC. U.S.A. Wszystkie Prawa Zastrzeżone.

4021-PL-41 Rev. 04/10