



SOLICITUD Y ACUERDO DEL DISTRIBUIDOR INDEPENDIENTE



\$299 Paquete De Negocio

- Paquete Distributor
- (1) Botella de Sunrise
- (1) Botella de Sunset (90 Capsulas)
- (1) Botella de NitroFX (56ml)
- (34) Paquetes de Sunrise 1onza
- (10) Paquetes de NitroFX 5 onzas
- (25) Folletos de Sunrise
- (25) Folletos de Sunset
- (25) Folletos de NitroFX
- (25) Tarjetas Pass Along Sunrise
- (25) Tarjetas Pass Along Sunset
- (25) Tarjetas Pass Along NitroFX
- 30 Dias de Webtools

\$499 Paquete Premier

- Paquete Distributor
- (1) Botella de Sunrise
- (1) Botella de Sunset (90 Capsulas)
- (1) Botella de NitroFX (56ml)
- (64) Paquetes de Sunrise 1onza
- (18) Paquetes de NitroFX 5 onzas
- (25) Folletos de Sunrise
- (25) Folletos de Sunset
- (25) Folletos de NitroFX
- (25) Tarjetas Pass Along Sunrise
- (25) Tarjetas Pass Along Sunset
- (25) Tarjetas Pass Along NitroFX
- Un Año de Webtools

Por favor inscribame con Auto Envió con (1) Paquete de Triangulo de Salud que contiene: (1) Botella de Sunrise (1) 90ct Sunset y (1) 2 oz. de NitroFX

• Asegúrese de inscribirse al próximo evento de Kyani - Por Favor de llamar al Servicio al Cliente para saber las fechas de los eventos y para su descuento 'Especial' de Distribuidor NUEVO.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Nombre	Apellido	*Compañía
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	* Seguro Social	Numero de Identificación de Impuestos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
**Teléfono de Casa	Celular (Opcional)	Trabajo (Opcional)
(<input type="text"/>) <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/>
Fax	**Correo Electrónico	
(<input type="text"/>) <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección Para Envíos		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado/Provincia	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de Facturación		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado/Provincia	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL PATROCINADOR

Primer Nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono de Casa	Celular (Opcional)
(<input type="text"/>) <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/>
	Número de Distribución
	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DE PAGO

<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Amex	Número de la Tarjeta de Crédito	Código de Seguridad	Fecha de Expiración (Mes/Año)
<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Discover	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre Completo del Titular de la Tarjeta de Crédito (Tal como aparece en la tarjeta)				
<input type="text"/>				
Dirección de Facturación del Titular de la Tarjeta de Crédito				
<input type="text"/>				
Ciudad	Estado/Provincia	Código Postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

INFORMACIÓN LEGAL

Esta aplicación está sujeta a aprobación de Kyani, Inc. y no es completo hasta que Kyani apruebe el solicitante. Si está aprobado, el solicitante esté de acuerdo de ser sujeto por los términos y condiciones del Acuerdo de Distribuidor y por las Políticas y Procedimientos efectivos ahorita y los cambios que se hacen de vez en cuando. El solicitante puede retirar esta aplicación por un periodo de catorce días desde la fecha de firmar al recibir notificación escrita en las oficinas de la compañía 1070 Riverwalk Dr. Ste. 350, Idaho Falls, ID

Firma del Titular

Fecha

Comprendo que al recibir la aprobación de esta aplicación que Kyani cobrará el costo de las opciones seleccionadas con la información de la tarjeta de crédito arriba.