

SOLICITUD PARA MASTER AFILIADO



Esta solicitud debe ser llenada ya sea por un Master Afiliado completamente calificado o por un Master Afiliado que se encuentre calificando.

Instrucciones para la solicitud

1. La solicitud para Master Afiliado debe ser enviada inmediatamente cuando se alcance el volumen total de 5,000 puntos
2. Esta solicitud debe ser recibida durante los primeros dos días del siguiente mes

INFORMACIÓN DEL MASTER AFILIADO QUE SE ENCUENTRE CALIFICANDO

APELLIDOS	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE DISTRIBUIDOR (RCN)		
DIRECCIÓN		
(CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO TELEFÓNICO		
MASTER AFILIADO COMPLETAMENTE CALIFICADO		NÚMERO DE DISTRIBUIDOR (RCN)

FECHA DE CALIFICACIÓN

Este Distribuidor de Reliv ha cumplido con los requerimientos para ser Master Afiliado en _____ (FECHA)
y el primer día del mes siguiente deberá ser reconocido como un Master Afiliado completamente calificado.

SELECCIONE LA FORMA EN QUE ESTÁ CALIFICANDO

- ☐ **Calificación en un mes**
5,000 PGPV en un mes, incluyendo 1,000 en volumen sin gravámenes. Este volumen incluye todas las ordenes compradas a Reliv y/o a Distribuidores de su línea ascendente.

Total de volumen comprado a su línea ascendente = _____

- ☐ **Calificación en dos meses**
3,000 PGPV en dos meses consecutivos, incluyendo cada mes 1,000 en volumen sin gravámenes. Este volumen incluye todas las ordenes compradas a Reliv y/o a Distribuidores de su línea ascendente.

Total de volumen comprado a su línea ascendente : Primer mes _____

Segundo mes _____

El volumen sin gravámenes equivale a los PGPV que no sean usados para calificar a un Distribuidor como Master Afiliado en su línea descendente. Si usted está calificando o recalificando para Master Afiliado durante el mismo mes en que un Distribuidor de su línea descendente esté calificando, usted tendrá que tener cuando menos 1,000 puntos de volumen que no están siendo usados para calificar a Distribuidores de su línea descendente.

FIRMA DEL MASTER AFILIADO	FECHA
ó	
FIRMA DEL MASTER AFILIADO COMPLETAMENTE CALIFICADO	FECHA

FAVOR DE ENVIAR LA SOLICITUD A:

Reliv International
Distributor Relations
P.O. Box 405
Chesterfield, MO 63006-0405

FAX A:

636.537.9753

PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE CALIFICACIÓN POR VOLUMEN PERSONAL PARA MASTER AFILIADO

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE



RCN # _____

APELLIDO _____

NOMBRE _____

SEGUNDO NOMBRE _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL + CUATRO DÍGITOS _____

(CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO TELEFÓNICO _____

Sí, quiero proteger mi CVP. En caso de que para el cierre de las operaciones del último día laborable de cada mes, no haya hecho un pedido personal al por mayor directamente con Reliv por un mínimo de 100 VP (el cuál he designado como mi orden de CVP), autorizo a Reliv a que haga un pedido en mi nombre usando el paquete de CVP seleccionado a continuación. Entiendo que puedo cambiar mi selección del paquete de CVP en cualquier momento poniéndome en contacto con el departamento de pedidos de Reliv. En caso de que yo cancele mi programa de protección para la CVP, estoy consciente de que debo permitir 10 días para que se procese la cancelación. Entiendo que el monto cobrado a mi tarjeta de crédito será el costo minorista del paquete que yo seleccione **menos mi descuento** más el por gastos de empaque y manejo y el impuesto sobre la venta, si fuera pertinente. Entiendo que este programa de protección tendrá vigencia siempre y cuando yo sea un Master Afiliado.

Selecciona un paquete de CVP:

☐ **Paquete Classic** (2 Reliv Classic)

☐ **Paquete Now** (2 Reliv Now)

☐ **Paquete Combo** (1 Reliv Classic y 1 Reliv Now)

☐ **Paquete Mixto** (al gusto, con un mínimo de 100 puntos en VP) _____

☐ \$100.00 **Donativo Kalogris** (Nota, esta donación sólo se facturará si se necesita protección CVP)

O

☐ \$100.00 **Donativo Kalogris** (cobro **automático** el 1° de cada mes para mi CVP mensual)

PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

☐ MasterCard ☐ Visa ☐ Discover ☐ AMEX

De no haber hecho un pedido de CVP para el último día laborable del mes anterior, por la presente autorizo a Reliv, Inc. a procesar un cargo a mi tarjeta MasterCard, Visa, American Express o Discover el 1° de cada mes. Entiendo que mi pedido será enviado para el 10 del mes en que se procese un cargo a mi tarjeta de crédito.

Número de la tarjeta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha de vencimiento

--	--

 Mes

--	--

 Año

--	--

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha _____

Dirección del titular de la tarjeta _____

Firma del solicitante

Fecha

Completa la forma y envía a:

RELIV INC.
PO BOX 405
CHESTERFIELD, MO 63006-0405

TELÉFONO: 800-735-4887
FAX: 636-537-9753