

# Formulario de pedido de producto



**Enagic USA, Inc.**  
Sede Oficial  
4115 Spencer St., Torrance, CA 90503  
Teléfono: (310) 542-7700 / FAX: (310) 347-4447  
Línea gratuita: (866) 261-9500 / cc@enagic.com

## Pago único de la máquina

**RELLENAR CLARAMENTE**

USO DE OFICINA SOLAMENTE <No Completar>

Información del postulante			
Nombre	Primer Nombre	Segundo Nombre (o Inicial de S.N.)	Application Date:
	Apellido		¿Es usted actualmente distribuidor Enagic? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ENAGIC ID #
	Número de Licencia de conducir:	Estado:	Fecha de Nacimiento:
	Dirección postal (debe coincidir W9):	Ciudad:	Estado: Código Postal:
	SS#	Teléfono:	
	Celular:	Fax:	Email:
	Dirección de facturación (si es diferente a la dirección postal)	Ciudad:	Estado: Código Postal:
	Dirección de envío (si es diferente a la dirección postal) C/O	Teléfono:	
	Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Método de entrega	<input type="checkbox"/> Enviar <input type="checkbox"/> Recoger <b>**Complete el formulario de recogida</b>		
* Información de Inscriptor (si corresponde) y de patrocinador			
	Nombre de Inscriptor:	ID de Inscriptor:	Teléfono:
	Nombre del patrocinador:	<input type="checkbox"/> Lo mismo que arriba	
	Teléfono:	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     REGISTRE ESTE SOLICITANTE COMO SU [     ] A                      Bajo patrocinador:                      Número de identificación:                 </div>	
ARTÍCULO PEDIDO	PAYMENT AMOUNT		
	$  \begin{array}{r}  \$ \underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} = \$ \underline{\hspace{2cm}} \\  \text{\$Precio unitario} \quad \text{Impuestos} \quad \text{Envío} \quad \text{Total}  \end{array}  $		
Precio de venta al público del producto			
\$			
* Información de pago: TARJETA DE CRÉDITO			
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Discover <span style="float: right;"><small>No se aceptan Tarjetas Diner</small></span>			
Número de Tarjeta de Crédito		Fecha de vencimiento	CVV #
Nombre del titular de la tarjeta (escriba claramente)		Firma del titular	
*** Por favor complete el formulario de pagador alternativo si otra persona realizará el pago en nombre del solicitante. ***			
<p>Nota: un solicitante podrá convertirse en distribuidor con la compra del kit de ventas Tokurei.</p> <p><b>Certifico que se me ha proporcionado una copia y he leído, comprendido y acepto las disposiciones del manual de Políticas y Procedimientos de Enagic USA, Inc., que (con cualquier enmienda o reformulación proporcionada por Enagic USA después de esta fecha) son incorporado aquí como referencia como si estuviera completamente establecido aquí y establezca los términos y condiciones exclusivos de mi acuerdo con Enagic USA, Inc.</b></p> <p>Certifico que la información proporcionada en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a ENAGIC USA, INC a cobrar de mi tarjeta de crédito el monto que he indicado anteriormente.</p> <p>Al firmar la línea a continuación, usted reconoce que ha leído y comprendido los términos y condiciones.</p> <p>Los términos y condiciones están sujetos a cambios sin previo aviso. Si su pago se devuelve por cualquier motivo, Enagic puede compensar el monto del pago de sus comisiones. <b>PARA PAGADORES ALTERNATIVOS: Al firmar el Formulario de pagador alternativo, usted será responsable de cualquier saldo adeudado en la cuenta.</b> Este acuerdo se rige por las leyes de California y el lugar adecuado será un tribunal de jurisdicción competente ubicado más cerca de la sede de la Compañía.</p>			
Nombre del solicitante en letra imprenta (nombre de la empresa y del agente si está firmado en nombre de una empresa)		Nombre del patrocinador en letra imprenta (nombre de la empresa y del agente si se firma en nombre de una empresa)	
Firma del solicitante	Fecha	Firma del patrocinador	Fecha