

SOLICITUD PARA MÁSTER AFILIADO



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

Instrucciones para la solicitud

1. La solicitud para Máster 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 MÁSTER AFILIADO QUE SE ENCUENTRA CALIFICANDO

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

FECHA DE CALIFICACIÓN

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

SELECCIONE LA FORMA EN QUE ESTÁ CALIFICANDO

- Calificación en un mes**
5,000 VPG en un mes, calendario incluyendo 1,000 VPG en volumen sin gravámenes. Este volumen incluye todas las ordenes compradas a Reliv y a Distribuidores de su Línea Ascendiente.

Total de volumen comprado a su Línea Ascendiente = _____

- Calificación en 2 meses** **Volumen total comprado a su Línea Ascendiente =** 1er. Mes _____
2do. Mes _____
3,000 VPG dos meses consecutivos del calendario, incluyendo 1,000 VPG de volumen sin gravamen.
Este volumen incluye todas las compras realizadas a Reliv y a su Distribuidor de Línea Ascendiente.

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

FIRMA DEL MÁSTER AFILIADO	FECHA
FIRMA DEL MÁSTER AFILIADO COMPLETAMENTE CALIFICADO	FECHA

FAVOR DE ENVIAR LA SOLICITUD A:

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

O ENVIAR POR FAX A:

636.537.9753



FORMULARIO DE PROTECCIÓN CVP

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS
RCN #
DIRECCIÓN DE ENVÍO (NO PO BOX)
CIUDAD ESTADO ZIP CODE
TELÉFONO () -

Sí, quiero proteger mi CVP (Calificación por Volumen Personal). En caso de que, al término del horario laboral del último día laboral de cada mes, no haya colocado un pedido personal al mayoreo, directamente con Reliv, por lo menos de 100 VP, y el cual haya yo designado como mi pedido CVP, autorizo que Reliv realice un pedido a mi nombre usando el CVP seleccionado a continuación. Entiendo que puedo cambiar mi selección de CVP en cualquier momento poniéndome en contacto con el CSD (Centro de Servicio a Distribuidores) de Reliv. Entiendo que, en caso de cancelar mi protección, debo permitir 10 días hábiles para su procesamiento. Entiendo que la cantidad cargada a mi tarjeta de crédito será el costo de venta al público del paquete que seleccione, **menos mi descuento**, más costos de manejo y envío, e impuesto de ventas, si corresponde. Entiendo que este programa de protección permanecerán en vigor mientras yo sea Máster Afiliado.

KFCSH \$1 = 1VP, ningún VN ni descuento

¿Quieres proteger tu cuenta? Inscríbete en el programa de protección automática de CVP de tu preferencia:

1. Escoge tu tipo de programa

- Opción 1** – Mensualmente. Pedido automático establecido el 1 de cada mes. Este será tu pedido CVP designado para el mes en curso.
- Opción 2** – Cuando sea necesario. Pedido automático que se genera sólo cuando necesitas un pedido CVP para el volumen del mes anterior. (Típicamente se genera la primera semana de cada mes.)

2. Escoge el tipo de pedido.

- Ahora podemos empacar** – si haces un donativo de \$60 a la FKR, brindarás nutrición a 12 niños durante un mes. (100PV/60BV/60RV)
- Paquete variado** (min. 100pts). Indica los productos que quieras que se envíen automáticamente como parte de tu programa de protección CVP.

- Donativo a Kalogris** – Si escoges esta opción, indica una cantidad fija que donarás a la Fundación Kalogris de Reliv. (\$100 donativo mínimo = 100pts., ningún bono por volumen)

\$ _____

3

PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

- Visa
- MasterCard
- American Express
- Discover

Por este conducto, autorizo a Reliv Inc. para que procese un cargo a mi tarjeta de crédito.

Número de tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____

Válida hasta Mes ____ / Año ____

Nombre del titular _____

Dirección de facturación _____