



**Forever Living Products
Bolivia S. A.**



SOLICITUD DE DISTRIBUCION

5 9 1 - [] [] - [] [] [] []

1

[] APELLIDO PATERNO	[] APELLIDO MATERNO	[] NOMBRES	[] N° C. I.
[] APELLIDO DEL CONYUGUE	[] APELLIDO PAT. / MAT.	[] NOMBRES	[] N° C. I.
[] DIRECCION (Calle y N°)			RUC []
[] ZONA	[] DEPARTAMENTO		[] [] [] [] [] [] TEL
ESTADO CIVIL: Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento			[] [] [] [] [] [] CIUDAD DIA MES AÑO

2 SI ME ACEPTAN COMO NUEVO DISTRIBUIDOR INDEPENDIENTE, ACEPTO QUE:

- Actúo en mi propio nombre y tengo 18 ó más años de edad.
- He asistido personalmente a las reuniones informativas de mercadeo y descripción de productos de Forever Living Products Bolivia S.A. con anterioridad a iniciar la distribución y venta de los productos de F.L.P. Bolivia S.A.
- Esta solicitud constituirá un acuerdo obligatorio entre Forever Living Products Bolivia S.A. y mi persona, a partir del momento en que sea recibida por la oficina de Forever Living Products Bolivia S.A. en la ciudad de La Paz.
- Soy distribuidor independiente en el negocio de ventas de productos a consumidores. Bajo ningún aspecto soy empleado ni representante legal de Forever Living Products Bolivia S.A. Me haré responsable por el cumplimiento de las leyes y reconozco que mi remuneración se basa en mi rendimiento en la función de supervisión, distribución, venta y ofrecimiento, en la venta o entrega de productos y no en la cantidad de horas trabajadas a condición fortuite, Forever Living Products Bolivia S.A. no se responsabiliza por la retención de impuestos.
- Conozco las políticas de la compañía: acepto encaminar mi negocio de acuerdo con estas políticas empresariales, procedimientos y plan de ganancias, entiendo que mis actos, que puedan ocasionar el mal uso, la mala interpretación o violación de tales políticas podrán resultar en la anulación de mi permiso de distribución por la compañía.
- Tomo conocimiento de que F. L. P. Bolivia S. A. puede después de la correspondiente notificación, variar, enmendar o modificar este acuerdo y sus políticas, procedimientos y plan de ganancias con el fin de mantener un sistema de mercadeo viable, que cumpla con los requisitos legales y cambios en las condiciones económicas, de lo que quedo enterado y acepto que administraré mi negocio de acuerdo con tales variaciones, enmiendas o modificaciones.
- Acuerdo representar adecuadamente los productos de la Compañía y su plan de ganancias. Todo tipo de publicidad incluyendo cintas, audiovisuales y material impreso deberá ser sometido y aprobado por escrito por el Director Nacional antes de ponerlo en uso.
- Entiendo que todas las órdenes de compra deben estar acompañadas por un PAGO EN EFECTIVO depositado en las cuentas de Forever Living Products Bolivia S. A. por la cantidad correcta incluyendo los impuestos, si los hubiese.
- PUEDO CANCELAR ESTE ACUERDO en cualquier momento por medio de una notificación por escrito, enviada por correo certificado a Forever Living Products Bolivia S. A. Si opto por la cancelación, todos los productos que compré a Forever Living Products Bolivia S. A. que se hallan en mi posesión en condición de venta, serán comprados por F. L. P. Bolivia S. A. de acuerdo con las políticas y procedimientos de la Compañía. A estos fines no se considerarán en condición de venta los productos que hayan retenido más de 30 días desde la fecha de la compra.
- Acepto que Forever Living Products Bolivia S.A. mantendrá sus productos disponibles para mí, y como distribuidor acreditará mis ventas de acuerdo con lo indicado en el plan de ganancias.
- Siempre y cuando yo sea un distribuidor y no viole el presente acuerdo, Forever Living Products Bolivia S. A., RETRIBUIRA MIS EXITOSOS ESFUERZOS DE VENTA DE ACUERDO CON LOS DIVERSOS BONOS QUE ESTABLECE EL PLAN DE GANANCIAS.
- Acepto que el presente acuerdo es personal y no puede ser cedido o transferido, excepto en caso de mi muerte, en cuyo caso puede ser heredado por un familiar con capacidad de distribuidor.
- Este acuerdo estará regido por las Leyes de la República de Bolivia.

[] [] [] [] [] []
CIUDAD DIA MES AÑO

FIRMA SOLICITANTE FIRMA DEL CONYUGUE DEL SOLICITANTE

3

[] NOMBRE Y APELLIDO DEL PATROCINADOR	[] CIUDAD/DEPARTAMENTO	5 9 1 - 0 0 - [] [] [] [] CÓDIGO DEL PATROCINADOR
[] [] [] [] [] [] TEL		

FIRMA DEL PATROCINADOR

V.B. Lic. Alfredo Icaza de Alba L.
Director Nacional F. L. P. B. S. A.