



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



Información

*Primer Nombre *Inicial de su Segundo Nombre *Apellido

*Número de Seguro Social (ID) *Fecha de Nacimiento *Dirección de Correo Electronico

Dirección de Facturación

*Domicilio 1

*Domicilio 2

*Ciudad *Ciudad *Código Postal

*Teléfono *Número de Celular

Dirección de Envío

*Domicilio 1

*Domicilio 2

*Ciudad *Ciudad *Código Postal

*Teléfono Durante la Noche

nombre del patrocinador

*Nombre *Apellido *Número de Patrocinador A3VTe Colocación Izquierda/Derecha

Dirección URL del Sitio Replicable

Al convertirse en un Distribuidor registrado en Total Life Changes, usted tiene acceso al Centro Administrativo Empresarial, en el cual puede realizar sus pedidos además de revisar y administrar los diferentes aspectos de su negocio. Para poder ingresar al Centro Administrativo Empresarial y convertirse en Distribuidor, usted tiene que proporcionar una contraseña, como se indica en la parte inferior.

<http://www.totallifechanges.com/> *Usuario/Nombre del Sitio *Contraseña

Número de Tarjeta de Credito

Mes Expiración Expiración CVV

Nombre del Titular de la Tarjeta Firma del Titular

Artículo #	Descripción	Precio	QV	FSB	Cant.

Acuerdo del Distribuidor (Por favor lea y firme)

He leído cuidadosamente los términos y condiciones en el sitio web, www.totallifechanges.com y he revisado el Plan de Compensación de Total Life Changes

*Nombre Completo del Solicitante *Firma del Solicitante *Fecha