

FORMATO PARA INFORMACIÓN DE DISTRIBUIDORES

NOMBRE COMPLETO DEL DISTRIBUIDOR:

NÚMERO DE DISTRIBUIDOR:

C.I "Carnet de Identidad"

DATOS CUENTA BANCARIA

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO:

(Debe ser la misma persona que nos emite la factura)

DIRECCION:

NOMBRE DEL BANCO:

NÚMERO DE CUENTA:

NOTA IMPORTANTE:

TIPO DE CUENTA:

AHORROS

CORRIENTE

ASEGÚRESE DE QUE SU CUENTA BANCARIA ESTE AUTORIZADA PARA RECIBIR TRANSFERENCIAS

Por favor cerciorese de que los datos suministrados sean correctos ya que si los datos no concuerdan con la información que se encuentra en las bases de datos de los bancos no podrán realizarse la transferencia de comisiones correspondientes por parte de 4LIFE RESEARCH.

También sugerimos que la información bancaria sea con el Banco Mercantil Santa Cruz, así la transferencia bancaria será más rápida, segura y efectiva.

FIRMA: _____ FECHA: _____