

102 West 9th Street
Owensboro, KY 42303

www.scalarcore.com

tel: (270) 688-0075
fax: (270) 688-8344

REQUÉRANT Veuillez Écrire Clairement * Veuillez Compléter toutes les Informations * Veuillez lire le verso en entier * **Signature Obligatoire**

Numéro d'Assurance Social (N.A.S.)				DATE DE NAISSANCE			Mois	Jour	Année	CODE RÉGIONAL			NUMÉRO		
PRÉNOM				I.M.			TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL			TÉLÉPHONE AU TRAVAIL			TÉLÉCOPIEUR		
NOM DE FAMILLE													EXEMPLE: joe@aol.com		
ADRESSE (numéro civiq et rue - UPS ne livre pas aux adresses PO Box)															
VILLE															
COURRIEL															
NOTE: If Sponsor is replacing inventory - ship this <u>initial order ONLY</u> to ID#															

PARRAIN

NOM DU PARRAIN				No. d'Identification d'Associé (I.D.) ou N.A.S.				No. de CENTRE				
POSITIONNEMENT: à moins d'indication contraire, le volume d'affaire (BV) de cet Associé sera automatiquement positionné dans la lignée la plus faible de l'organisation du parrain, à l'en-droit le plus rapproché du centre 001. Le parrain peut choisir le positionnement du volume d'affaire dans l'organisation. Veuillez remplir la section suivante, si non, veuillez S'IL-VOUS-PLAÎT laisser cette section vide, car aucun changement de position n'est permis.											Encerclez Droite ou Gauche	
POSITIONNER LE VOLUME D'AFFAIRE SOUS				No. d'Identification d'Associé (I.D.) ou N.A.S.				No. de CENTRE			DROITE	
											GAUCHE	

AUTORISATION

En signant ci-dessous, j'accuse réception des Conditions de l'Entente ainsi que des Politiques et Procédures au verso de ce formulaire. J'ai lu attentivement, je comprends et j'accepte volontairement d'être lié par toutes les clauses et conditions de l'entente. J'ai le droit d'annuler mon statut d'Associé Commercial Enregistré à tout moment, peu importe la raison, en soumettant par écrit ma demande à HealingAmerica à l'adresse ci-dessus. Veuillez accepter mon formulaire d'adhésion d'Associé Commercial Enregistré en vertu de toutes les clauses et conditions de ScalarCore International.

_____ Date
 Autorisation du Requérant

FORMULAIRE D'ACHAT DE PRODUITS INITIALS OPTIONNELS

EMBALLER LA SÉLECTION		Veuillez cocher une case		TOTAL	
<input type="checkbox"/> Business Builder Pack: 2 Nectavida Boxes/2 Revvida Boxes <input type="checkbox"/> Perfect Start Basic Pack: 1 PS Basic System/1 Nectavida Box/1 Revvida Box <input type="checkbox"/> ReShape System Pack: 1 Reshape System / 1 Nectavida Box/ 1 Revvida Box <input type="checkbox"/> Daily Maintenance Pack: 1 eN-Zyme, 1 Immunal, 1eRadicator, 1Clark's Colloidal Minerals, 1 Nectavida Bottle, 1 Revvida Single Serve Box		<input type="checkbox"/> S.E.S.A. "Fast Trac Starter Pack" incluant kiosk Internet et généalogie. (Sélectionner 3 forfaits)		\$ 999.95	
		<input type="checkbox"/> E.S.A. "Fast Trac Starter Pack" incluant kiosk Internet et généalogie. (Sélectionner 2 forfaits)		\$ 599.95	
		<input type="checkbox"/> M.S.A. incluant Trousse de départ et généalogie. (Sélectionner 1 forfait)		\$ 299.95	
MÉTHODE DE PAIEMENT <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> AmEX <input type="checkbox"/> Discover		** mot de passe _____ (3 - 8 characters) Nom de Kiosque WWW. _____ .scalarcore.com			
<input checked="" type="checkbox"/> Signature du détenteur de la carte <input checked="" type="checkbox"/> Nom en lettres moulées		<input type="checkbox"/> Business Builder Autoship YES, I am agreeing to the monthly autoshipment to \$80 or more to maintain my earnings qualification. I am agreeing to 3 consecutive months on the Easy Ship Plan. I understand that I may change my product selection for any month within 24 hours of my ship date.			
<input type="checkbox"/> Revvida/Nectavida Boxes Extreme Discount Revvida Cost BEFORE Shipping \$114.00		<input type="checkbox"/> 2 Nectavida Boxes Extreme Discount Revvida Cost BEFORE Shipping \$106.00		<input type="checkbox"/> 1 AmeriLean, 1AmeriSlim Extreme Discount AmeriTrim Cost BEFORE Shipping \$90.00	
Numéro de la carte _____ le code de sécurité de 3 chiffres est localisé sur le dos de votre carte _____ DATE D'EXP. _____		Tous les paiements en \$US seulement.		Frais Man. & Livraison Total des produits "x" .06 Sous-total Produits + livraison T.P.S. Sous-total "x" .07 Frais de dédouanage 10.00 \$	
USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT		French Form		GRAND TOTAL Sous-total + T.P.S. + Frais de dédouanage	