

FOREVER LIVING PRODUCTS PANAMA, INC.



APLICACION PARA DISTRIBUIDOR INDEPENDIENTE

Apartado 0832-1416, World Trade Center, Panamá R. de P.

Sírvase escribir a máquina o letra de imprenta

Para uso de la Oficina

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Número de Cédula
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Número de Cédula
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Residencial (Calle, Núm. y Ciudad)		Cód. L/D	Número de Teléfono
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Postal (Apartado y Ciudad)		País	Código Postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado Civil: Soltero/a ___ Casado/a ___ Fecha de Nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___

SI ME ACEPTAN COMO NUEVO DISTRIBUIDOR INDEPENDIENTE, ACEPTO Y ACUERDO QUE:

- Actúo en mi propio nombre y tengo 18 o más años de edad.
- He asistido personalmente y recibido la correspondiente certificación en una reunión de aprobación de certificación, con anterioridad a iniciar la venta de los productos de la compañía.
- Esta solicitud constituirá un acuerdo entre Forever Living Products Panama Inc. (FLP) y mi persona, a partir del momento en que sea recibida y aprobada por FLP con su debida certificación.
- Declaro que soy contratista independiente en el negocio de venta de productos a consumidores. Bajo ningún aspecto soy empleado ni representante legal de FLP. FLP no tendrá derecho o facultad de controlar la manera, medios o métodos, rutas y horarios en los que realizaré mis actividades. Me haré responsable por el cumplimiento de las normas legales aplicables a mi actividad como contratista independiente de FLP, incluyendo, pero sin limitación a, aquellas referentes a permisos y al pago de impuestos. Reconozco que mis ingresos consistirán en (1) las ganancias que yo pueda obtener al comprar los productos al mayoreo y venderlos al menudeo (2) las bonificaciones o descuentos que FLP me reconozca en base a los volúmenes que compre y al crecimiento de mi operación, como se define en el folleto *Resumen de Políticas de la Compañía*. Ni la cantidad de horas ni el horario que escoja para desarrollar mis actividades serán factores que intervengan en el cálculo de mis ingresos. FLP no se responsabiliza por la retención de los impuestos que mis ingresos puedan generar.
- No se requiere un mínimo de inversión ni existen requisitos de inventario mínimo. Todas las compras se realizarán en cantidades razonables.
- He recibido y leído el "*Resumen de Políticas de la Compañía*". Acepto encaminar mi operación o 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 podrá resultar en la anulación de mi permiso o certificación de distribución por la compañía. Entiendo y acepto que el presente acuerdo no impedirá que FLP designe otros distribuidores para la venta de productos de FLP en la República de Panamá y otros países.
- Tomo conocimiento de que FLP 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, y dejo sentado 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, pero sin limitación, cintas audiovisuales y material impreso, debe ser sometido y aprobado por escrito por un representante autorizado de la compañía antes de ponerlo en uso.
- Entiendo que todas las órdenes de compra deben ser al contado y 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 a FLP. Si opto por la cancelación, los productos comprados a FLP que se encuentren en mi posesión, en condición de venta, serán vueltos a comprar por FLP de acuerdo con las políticas y procedimientos de FLP. A estos fines no se considerarán en condición de ventas los productos que yo haya retenido por más de 90 días de la fecha en que los compré.
- Acepto que FLP mantendrá disponible sus productos para mí, como distribuidor, y acreditará mis ventas de acuerdo con lo indicado en el plan de ganancias en el folleto *Resumen de Políticas de la Compañía*.
- Entiendo y acepto que mis exitosos esfuerzos se podrán traducir en los ingresos descritos en el punto cuatro (4) arriba siempre y cuando yo sea su distribuidor y no viole el presente acuerdo.
- Acepto que el presente acuerdo es personal y que no puede ser cedido o transferido, excepto en caso de mi muerte, en el que podrá ser heredado por un individuo con capacidad de distribuidor.
- Acepto que FLP podrá dar por terminado el presente acuerdo de pleno derecho por incumplimiento de las políticas de FLP según se definen en el folleto *Resumen de Políticas de la Compañía*, en este acuerdo, y en otros documentos oficiales que FLP expida, sin necesidad de recurrir a un tribunal de justicia para que decreta dicha terminación, sin responsabilidad alguna para FLP. FLP podrá ejercer esta facultad en cualquier momento, mediante una notificación por escrito que me podrá ser enviada por correo.
- Este acuerdo será regido por las leyes de la República de Panamá.

Firma del/de la solicitante _____ Fecha _____ Firma del/de la cónyuge _____ Fecha _____

Apellido del Patrocinador	Primer Nombre	Segundo Nombre	Código del Patrocinador
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Residencial (Calle, Núm. y Ciudad)		Cód. L/D	Número de Teléfono
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Postal (Apartado y Ciudad)		País	Código Postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patrocinador _____ Gerente de Area _____ Fecha de Cert. _____ Director General _____

BLANCO: OFICINA CENTRAL

ROSADO: PATROCINADOR

VERDE: DISTRIBUIDOR