

OMNILIFE DE GUATEMALA S.A.  
4 Calle 5-53 Zona 9, Ciudad de Guatemala, Guatemala,  
C.P. 1009.

F	E	C	H	A
DÍA	MES	AÑO		

NÚMERO DE CONTRATO DE DISTRIBUCIÓN	INICIALES		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## NOMBRE COMPLETO DEL/LA EMPRESARIO/A RESPONSABLE DEL CENTRO DE NEGOCIOS

APELLIDO PATERNO	<input type="text"/>												APELLIDO MATERNO	<input type="text"/>											
NOMBRE(S)	<input type="text"/>																								

## DATOS GENERALES DEL CENTRO DE NEGOCIOS

NOMBRE DEL CENTRO DE NEGOCIOS																							
DIRECCIÓN												COLONIA											
MUNICIPIO												DEPARTAMENTO						C.P.					
NÚMERO TELEFÓNICO (CON CLAVE LADA)								NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR (CON CLAVE LADA)								¿TIENES WHATSAPP?							
																SÍ		NO					
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO																							

## INDIQUE CON UNA CRUZ (X) EN DÓNDE ESTARÁ UBICADO EL CENTRO DE NEGOCIOS

CASA <input type="checkbox"/>	LOCAL COMERCIAL <input type="checkbox"/>	OFICINA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------

## DÍAS Y HORARIOS DE JUNTAS EN EL CENTRO DE NEGOCIOS (ESPECIFICAR SI SON JUNTAS DE OPORTUNIDAD O ENTRENAMIENTO)

JUNTA DE:	DÍAS Y HORARIO: INDIQUE CON UNA CRUZ (X) EL/LOS DÍA/S							:	:
<input type="text"/>	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIER	SÁB	DOM	HORAS	HORAS
JUNTA DE:	DÍAS Y HORARIO: INDIQUE CON UNA CRUZ (X) EL/LOS DÍA/S							:	:
<input type="text"/>	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIER	SÁB	DOM	HORAS	HORAS

## NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE NEGOCIOS

<input type="text"/>
----------------------

“AUTORIZO A OMNILIFE PARA QUE PUBLIQUE LOS DATOS RECABADOS EN EL PRESENTE FORMATO EN SU PÁGINA OFICIAL, ASIMISMO DICHOS DATOS PODRÁN SER TRANSFERIDOS A TERCEROS A TRAVÉS DE CREO CON LA FINALIDAD DE PODER SER CONTACTADO POR AQUELLAS PERSONAS INTERESADAS EN OBTENER INFORMACIÓN YA SEA DE PRODUCTOS NUTRICIONALES/LÍNEA DE BELLEZA Y/O INGRESARSE COMO DISTRIBUIDOR(A) MERCANTIL INDEPENDIENTE”

SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------