

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

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

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO									
NOMBRE(S)																			

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	LOCAL COMERCIAL	OFICINA	OTRO
------	-----------------	---------	------

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													
	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIER	SÁB	DOM	:	:	HORAS	:	:	HORAS	
JUNTA DE:	DÍAS Y HORARIO: INDIQUE CON UNA CRUZ (X) EL/LOS DÍA/S													
	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIER	SÁB	DOM	:	:	HORAS	:	:	HORAS	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE NEGOCIOS

--

“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	NO
----	----