



SOLICITUD PARA MASTER AFILIADO

Esta solicitud debe ser llenada ya sea por un Master Afiliado completamente calificado o por un Master Afiliado que se encuentre calificando.

Instrucciones para la solicitud

1. La solicitud para Master Afiliado debe ser enviada inmediatamente cuando se alcance el volumen total de 5,000 puntos
2. Esta solicitud debe ser recibida durante los primeros dos días del siguiente mes

INFORMACION DEL MASTER AFILIADO QUE SE ENCUENTRE CALIFICANDO

APELLIDOS	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE DISTRIBUIDOR (RCN)		
DIRECCIÓN		
(CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO TELEFÓNICO		
MASTER AFILIADO COMPLETAMENTE CALIFICADO	NÚMERO DE DISTRIBUIDOR (RCN)	

FECHA DE CALIFICACIÓN

Este Distribuidor de Reliv ha cumplido con los requerimientos para ser Master Afiliado en _____ (FECHA)
y el primer día del mes siguiente deberá ser reconocido como un Master Afiliado completamente calificado.

SELECCIONE LA FORMA EN QUE ESTÁ CALIFICANDO

- Calificación en un mes**
5,000 PGPV en un mes, incluyendo 1,000 en volumen sin gravámenes. Este volumen incluye todas las ordenes compradas a Reliv y/o a Distribuidores de su línea ascendente.

Total de volumen comprado a su línea ascendente = _____

- Calificación en dos meses**
3,000 PGPV en dos meses consecutivos, incluyendo cada mes 1,000 en volumen sin gravámenes. Este volumen incluye todas las ordenes compradas a Reliv y/o a Distribuidores de su línea ascendente.

Total de volumen comprado a su línea ascendente : Primer Mes _____

Segundo Mes _____

El volumen sin gravámenes equivale a los PGPV que no sean usados para calificar a un Distribuidor como Master Afiliado en su línea descendente. Si usted está calificando o recalificando para Master Afiliado durante el mismo mes en que un Distribuidor de su línea descendente esté calificando, usted tendrá que tener cuando menos 1,000 puntos de volumen que no están siendo usados para calificar a Distribuidores de su línea descendente.

<input type="checkbox"/> FIRMA DEL MASTER AFILIADO	FECHA
<input type="checkbox"/> FIRMA DEL MASTER AFILIADO COMPLETAMENTE CALIFICADO	FECHA

FAVOR DE MANDAR LA SOLICITUD A:

Reliv International
Distributor Relations
P.O. Box 405
Chesterfield, MO 63006-0405

FAX A:
636.537.9753