

FAX再送信

FAX送信先: 03-6893-3181

申請日

20__年__月__日

仮ID番号

携帯電話又は自宅の電話番号
(最初の0をとる)を記入して下さい。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ファックスを再送信される場合は必ず上のボックスに✓印をしてください。✓印のないファックスは重複して処理されてしまう恐れがありますので十分ご注意ください。また以下のすべての選択欄において選択される箇所に✓印をご記入下さい。

登録者情報	フリガナ	性別	生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日
	フリガナ		
	住所	〒 ー ー 都道 府県	
	電話番号	ー ー	FAX番号 ー ー
	携帯番号	ー ー	Eメール

※ (注) ライフ・バンテージからのお知らせが受信できるようにドメイン指定等の設定をお願いします。送信元メールアドレス: japansupport@lifevantage.com

配送先	※ (注) 商品の配送先が登録住所と異なる場合のみご記入ください。	
	連絡先	住所 (必ず郵便番号、都道府県をご記入下さい。)
	〒 ー ー	フリガナ
	都道 府県	

配置登録	紹介者	ID番号	276774
		フリガナ	サノタダシ
		氏名	佐野 正
		電話番号	(059-375-3273

初回注文/オートシブ注文	価格
<input type="checkbox"/> プロタンディムX1本, トゥルーサイエンスアンチエイジングクリームX1本	11,000円 + 2,300円 = 13,300円
<input type="checkbox"/> プロタンディムX2本, トゥルーサイエンスアンチエイジングクリームX1本	15,000円 + 4,500円 = 19,500円
<input type="checkbox"/> プロタンディムX4本	16,000円 + 4,800円 = 20,800円
<input type="checkbox"/> プロタンディムX2本	8,000円 + 2,200円 = 10,200円
<input type="checkbox"/> プロタンディムX1本	4,000円 + 2,200円 = 6,200円

※ (注) オートシブの開始は登録された翌月からとなります。

オートシブの発送日を指定して下さい。

5日 10日 15日 20日 25日

支払い方法	<input type="checkbox"/> クレジットカードの場合 ※ クレジットカードにてお支払いの場合、オートシブの製品代金が3%割引になります。	
	<input type="checkbox"/> VISA	クレジットカード番号
	<input type="checkbox"/> マスター	有効期限 (月/年) 20__/__
	セキュリティコード	カード所有者の氏名 (ローマ字)
		カード所有者の署名
	<input type="checkbox"/> お振込の場合 ※ 銀行振込をご希望の方は、下記振込先口座にお振り込みをお願いします。	
みずほ銀行 恵比寿支店 普通口座:1412752 口座名:ライフバンテージコープ (TSI LifeVantage Corp)		
銀行振込をご利用の方は本申込書に合わせて、振込入金時の「振込控のコピー」をFAX送付して下さい。「振込控のコピー」には、申込書に記入したお名前と電話番号を記入して下さい。製品の発送は振込確認後の発送になります。		

私はスポンサー(紹介者)より概要書面に基いた説明を受け、ライフ・ヴァンテージの内容や規約事項の全てを同意した上で署名いたします。私はライフ・ヴァンテージの「ディストリビューター規約」や「報酬プラン」を全て読み、内容を理解した上で署名いたします。私はまた、登録後にポジションやスポンサーラインを変更することができないことを理解しています。

【ご署名】 年 月 日

