



Solicitud de Inscripción para Empresario Independiente Registrado

R.F.C del EIR	Fecha	No. Identificación (EIR)

Solicitud para ser admitido como Empresario Independiente Registrado (EIR). Por medio de la presente solicito (amos) de Camino de la Salud y el Éxito SAPI de CV su aprobación para inscribirnos a sus registros como empresario(s) Independientes (EIR), de los productos de IAM. Dicha aprobación otorga al solicitante el derecho de comprar y vender productos de IAM, sin ningún territorio designado, así como presentar Camino de la Salud y el Éxito SAPI de CV a otros empresarios independientes para su aprobación y registro, todos ellos de conformidad con el contrato de compra-venta a precio de mayoreo, que en el supuesto de que la solicitud sea aprobada, celebrare con Camino de la Salud y el Éxito SAPI de CV, en mi calidad de comerciante independiente, la aprobación de esta solicitud, comprometo al solicitante en su calidad de comerciante independiente, a respetar todas las políticas de comercialización y venta así como de adquirir el KIT de negocio para EIR que tenga implantado Camino de la Salud y el Éxito SAPI de CV, cumpliendo todos los términos con el contrato de compra-venta a precio de mayoreo, que en caso de aprobación celebraran las partes, y cuyo contenido me ha dado a conocer con anterioridad, declaro(amos) bajo protesta decir la verdad que la información que aparece en la solicitud es correcta e igual a la que aparece en autorizaciones anteriores, de no ser esta la primera solicitud que presenta el interesado. En este caso se hace constar que la solicitud anterior expiro hace por lo menos 3 meses y desde entonces el negocio solicitante no ha vendido productos de IAM. Se ratifica que esta solicitud se hace de buena fe y actuando por cuenta propia del negocio solicitante. La aprobación de Camino de la Salud y el Éxito SAPI de CV otorga será válida en el resto del año calendario en curso, sin embargo, las aprobaciones dadas después del 31 de Mayo serán válidas hasta el 31 de Diciembre del siguiente año, después de este término deberá solicitar una renovación.

Datos del Solicitante				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
Edo. Civil	Hijos	Fecha de nacimiento		Dependientes
Domicilio			Colonia	Casa
				Propia Renta
Población		Estado		C.P.
Tiempo de residencia	Teléfono de casa:	Celular:	E-mail:	
Nombre del beneficiario del EIR		Parentesco	Ciudad donde radica y teléfono	
Dirección donde desea recibir sus pedidos:				
Número de cuenta o tarjeta donde desea se le depositen sus comisiones:			Banco:	
Datos del Patrocinador				
Nombre del patrocinador		No. del patrocinador EIR (ID)		Teléfono:
Dirección: Calle, Colonia, Estado			Firma	

Autorización de Camino de la Salud y el Éxito SAPI de CV

Nombre: _____

Puesto: _____

Firma del solicitante