

Información personal del Afiliado Independiente.

NOMBRE

APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA / MES / AÑO

USUARIO

NOMBRE DE RECONOCIMIENTO

DIRECCIÓN DE ENVÍO

NOMBRE DE LA CALLE Y NÚMERO

CORREO ELECTRONICO

ESTADO

CIUDAD

CODIGO POSTAL

SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

ELIGE TU PAQUETE DE INICIO

BRONCE
\$199.99 USD

PLATA
\$299.99 USD

ORO
\$599.99 USD

PLATINO PLUS
\$1,199.99 USD

*Los precios mencionados anteriormente no incluyen gastos de envío ni impuestos

Membresía anual \$29.99 USD

Patrocinador

Teléfono:

Presentador

Teléfono:

Colocación binaria

Izquierdo

Derecho

Teléfono:

Al firmar este formulario, solicito convertirme en Afiliado Independiente de Vital Health. Certifico que tengo más de 18 años y que he leído y aceptado cuidadosamente todos los términos y condiciones detallados en (1) esta solicitud y el Acuerdo de Afiliado Independiente, incluidos aquellos enumerados por separado bajo el título "Términos y Condiciones", (2) el Plan de Comisiones y Bonos, y (3) la Declaración de Políticas y Procedimientos, todos los cuales se incorporan a este Acuerdo y pueden modificarse periódicamente a discreción absoluta de Vital Health.

Soy consciente de que Vital Health no garantiza el éxito de mi negocio ni los ingresos que pueda obtener. Entiendo que soy un Afiliado Independiente y que este Acuerdo no crea una relación empleador-empleado.

Sé que este Acuerdo es una solicitud para convertirme en Afiliado Independiente, pero para lograrlo, deben ocurrir los siguientes pasos: 1. Este contrato llega a Vital Health y es aceptado. 2. Tengo un cliente o afiliado en mi organización y 3. Recibo mi primer pago de comisión.

NOTA IMPORTANTE: Laboratorio y red de distribución Vital Health, S.A. de C.V. no se hace responsable del dinero entregado a terceros para inscripción o recompra. Para realizar un pago, debe depositarse directamente en la cuenta bancaria de Laboratorio y red de distribución Vital Health mediante transferencia bancaria y/o cargo a tarjeta de crédito o débito.

Firma del solicitante / Fecha

Firma del cónyuge / Fecha

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Los términos utilizados pero no definidos en este documento tienen los significados descritos en nuestro documento de Políticas y Procedimientos. Por favor, léelo detenidamente.

Declaro que soy mayor de edad y tengo la capacidad legal para celebrar contratos en el territorio en el que estoy firmando este contrato con Laboratorio y Red de Distribución Vital Health, S.A. de C.V., en adelante referido como VITAL HEALTH.

Entiendo que como Afiliado Independiente, soy un contratista independiente y no un agente, empleado, representante legal o socio de Vital Health. Además, entiendo y acepto que no seré considerado un empleado de Vital Health para fines fiscales federales y estatales, la Ley Federal del Trabajo, Legislación de Seguridad Social o cualquier otra ley federal o estatal aplicable relacionada con empleados, ya que no estaré bajo el control directo de Vital Health, no recibiré órdenes de ella ni recibiré un salario. Por lo tanto, es mi responsabilidad pagar todos los impuestos federales o estatales pertinentes sobre los ingresos obtenidos, impuestos por cuenta propia, Impuesto al Valor Agregado, impuestos locales y tarifas de licencia locales que puedan surgir de mis actividades bajo este Contrato. Sin embargo, como excepción, acepto recibir comisiones y otros pagos de Vital Health bajo el régimen de salario asimilado, si Vital Health lo permite a su sola discreción, siempre que el promedio mensual de comisiones y pagos que recibo sea inferior a 10,000 pesos mexicanos.

Entiendo que aceptar este Contrato no constituye la venta de una franquicia ni una oportunidad de negocio bajo la ley federal o estatal, y que no se otorgan territorios exclusivos a ninguna persona. También entiendo que no estoy adquiriendo ningún interés o garantía de propiedad.

Comprendo que mi éxito como Afiliado Independiente depende de mis propios esfuerzos y habilidades. No espero recibir beneficios como resultado de los esfuerzos realizados por nadie más que yo mismo.

Autorización de pago: Autorizo a Vital Health a cargar mi tarjeta de crédito o debitar la cuenta bancaria indicada en este Contrato, de forma mensual y automática, por el monto de los pedidos que realice directamente y por cualquier envío automático. Laboratorio y Red de Distribución Vital Health, S.A. de C.V. no será responsable de ningún daño especial o consecuente, ya sea directo o indirecto, derivado de débitos erróneos realizados desde mi cuenta debido a pedidos guardados automáticamente. Vital Health puede recopilar información de pago para el procesamiento de transacciones. Al firmar este acuerdo, das tu consentimiento para procesar dichos datos.

Vital Health no será responsable de la pérdida de comisiones, bonificaciones u otros pagos debido a errores o retrasos en la entrega de contratos, pedidos, fallas de pago, cambios u otra información necesaria.

He leído cuidadosamente el Plan de Compensación y Bonificación y la Declaración de Políticas de Vital Health. Soy consciente de que estos documentos se han incorporado como parte de este Contrato en su forma actual y según lo modificado por Vital Health de vez en cuando a su sola discreción.

Con notificación dentro de 30 días o sin previo aviso a los Afiliados Independientes, Vital Health puede modificar el Plan de Compensación y Bonificación, la Declaración de Políticas y Procedimientos y/o este Contrato de Comisión Comercial de Afiliado Independiente, así como cualquier otro contrato celebrado entre Vital Health y los Afiliados Independientes (denominados colectivamente en adelante como los "Contratos de Vital Health"). Al firmar este Contrato, acepto quedar vinculado por cada una de dichas modificaciones, y estoy de acuerdo en que mi único recurso por no aceptar alguna de estas modificaciones es rescindir este Contrato antes de que finalice el período de notificación de 30 días. La continuación de mi negocio de Vital Health o la aceptación de comisiones y/o bonificaciones que reciba de Vital Health después del período de notificación de 30 días constituye mi aceptación de tales enmiendas. Acepto que la interpretación de los Contratos de Vital Health por parte de Vital Health será final y vinculante.

Mi falta de cumplimiento de cualquiera de los términos de los Contratos de Vital Health o cualquier ley en el curso de mis actividades comerciales puede, a discreción de Vital Health, resultar en la pérdida de futuras comisiones y bonificaciones de Vital Health, la terminación de este Contrato u otras acciones correctivas especificadas en la Declaración de Políticas y Procedimientos. Si este Contrato se cancela o termina por cualquier motivo y en cualquier momento, entiendo que perderé permanentemente todos los derechos que tengo como Afiliado Independiente y acepto renunciar a todos los derechos sobre mi Organización de afiliados/clientes, así como todas mis comisiones y bonificaciones.

Los Contratos de Vital Health y las modificaciones posteriores realizadas por Vital Health constituyen el acuerdo completo entre Vital Health y yo; cualquier otra promesa verbal o escrita, representación, garantía o contrato de cualquier tipo será nulo y sin valor a menos que esté por escrito y sea firmado por el Presidente o CEO de Vital Health.

La invalidez o inaplicabilidad de una o más disposiciones de este documento no afectará la validez y aplicabilidad de las disposiciones restantes aquí contenidas.

El plazo de este Contrato es de un año. Este Contrato se renovará automáticamente anualmente en cada aniversario de la fecha de este documento a menos que se termine.

Puedo terminar este Contrato en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Vital Health, incluyendo la fecha, mi nombre impreso, mi dirección y mi firma original. Este Contrato no se considerará aceptado por Vital Health, y no se pagarán comisiones o bonificaciones hasta que el Contrato original firmado, sin alteraciones, llegue a Vital Health, y yo tenga al menos un cliente o Afiliado Independiente en mi organización y haya recibido mi primer pago de comisión o bonificación.

Este Contrato estará regido por las leyes del Estado de Sonora y la Ley Federal de Arbitraje. Las partes acuerdan que los procedimientos para la resolución de cualquier disputa se llevarán a cabo en el Estado de Sonora.

En la medida permitida por la ley aplicable, todas las reclamaciones o disputas de cualquier tipo entre uno o más Afiliados Independientes actuales o anteriores y Vital Health (o sus funcionarios, accionistas o empleados) que no se resuelvan por mutuo acuerdo se resolverán mediante: arbitraje administrado por el Centro Internacional de Resolución de Disputas, de acuerdo con sus Reglas de Arbitraje Internacional; el número de árbitros será uno; el fallo de un laudo arbitral puede ser presentado en cualquier tribunal con jurisdicción; todos los asuntos están sujetos a la decisión del árbitro, incluidos los problemas relacionados con el alcance y la aplicabilidad de la cláusula de arbitraje, y el árbitro tendrá el poder de otorgar daños y medidas cautelares; o procedimientos judiciales ante el tribunal pertinente en Hermosillo, Sonora. En la medida permitida por la ley, la parte que prevalezca en cualquier procedimiento (ya sea en arbitraje o procedimientos judiciales) tendrá derecho a una indemnización por honorarios de abogados y costos. Esta disposición sobrevivirá a la terminación, cancelación o suspensión de este Contrato.

Este Contrato no podrá ser alterado de ninguna manera y no se considerará aceptado por Vital Health excepto en su forma original e inalterada, independientemente del tiempo transcurrido o de los pagos de comisiones de Vital Health. Si este Contrato se altera de alguna manera, Vital Health puede, a su sola discreción, considerarlo nulo desde el principio y exigirme que devuelva todas las comisiones y bonificaciones que se me hayan pagado.

Consiento que Vital Health y sus afiliados o procesadores me envíen mensajes por correo electrónico, mensajes de texto o notificaciones por teléfono o fax en relación con productos, servicios, oportunidades de negocio y otros asuntos que Vital Health considere de interés o beneficio para mí, o que sean necesarios para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de este Contrato.

Reconozco y acepto que como Afiliado Independiente, puedo recibir diversas comunicaciones y materiales comerciales, incluidos informes comerciales, información sobre reuniones, anuncios o incentivos, artículos comerciales e información relacionada con promociones y estrategias. Se aplican tarifas estándar por mensajes de texto. Consulta el plan de precios de tu proveedor de servicios móviles para determinar los cargos por el envío y recepción de mensajes de texto.

He leído y comprendido el Aviso de Privacidad de Vital Health, que revisé en www.vital-healthglobal.com, y consiento la recopilación y uso legal por parte de Vital Health de los datos personales contenidos en este formulario. También consiento cualquier otra actividad de procesamiento de datos realizada por Vital Health, sus afiliados y procesadores según lo establecido en el Aviso de Privacidad. Estoy de acuerdo en que no tengo derecho a recibir comisiones y/o bonificaciones de Vital Health si no informo a Vital Health de cualquier cambio en mis datos personales para asegurar que los datos permanezcan actualizados y precisos, o si elijo no recibir comunicaciones relacionadas con la relación legal entre Vital Health y yo, que son necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de dicha relación legal.

Consiento que Vital Health publique en Internet y en materiales impresos, en audio o video, mi nombre, fotografía, ciudad y estado de residencia, la cantidad de comisiones y bonificaciones pagadas, los premios otorgados, y otra información que Vital Health publique rutinariamente sobre Afiliados Independientes.

No puedo ceder mis derechos ni delegar mis responsabilidades bajo este Contrato a ninguna persona o entidad sin el consentimiento por escrito de Vital Health.

Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a Vital

NOMBRE Y FIRMA