



# WNIOSEK DYSTRYBUTORA

LIFEWAVE, INC. 9775 BUSINESSPARK AVE, SAN DIEGO, CA 92131 WWW.LIFEWAVE.COM

USA ▶ TEL: +1(866) 202-0065 / FAKS: +1(858) 459-9876  
EMAIL: [customerservice@lifewave.com](mailto:customerservice@lifewave.com)

EUR ▶ TEL: +353 91 874 600 / FAKS: +353 91 874 655  
EMAIL: [customerserviceeu@lifewave.com](mailto:customerserviceeu@lifewave.com)

## Informacje o wnioskodawcy

|                                                              |      |                                                   |                          |
|--------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------|--------------------------|
| URL żądanej witryny internetowej<br><b>www.lifewave.com/</b> |      | numer ID dystrybutora (tylko do celów urzędowych) |                          |
| nazwisko (drukowanymi literami)                              | imię | nazwa firmy (jeżeli inna niż nazwa wnioskodawcy)  |                          |
| numer telefonu (w ciągu dnia)                                |      | numer faksu                                       | adres e-mail             |
| adres rozliczeniowy                                          |      | adres do wysyłki                                  |                          |
| mięscowość                                                   | stan | kod pocztowy                                      | okręg kraj               |
| nazwisko łącznego wnioskodawcy                               |      | imię                                              | inicjał drugiego imienia |
|                                                              |      | numer telefonu (jeśli jest inny niż wnioskodawcy) |                          |
| adres e-mail łącznego wnioskodawcy                           |      |                                                   |                          |

## Informacje o sponsorze

|                             |                   |      |                          |                               |
|-----------------------------|-------------------|------|--------------------------|-------------------------------|
| numer dystrybutora sponsora | nazwisko sponsora | imię | inicjał drugiego imienia | numer telefonu (w ciągu dnia) |
|-----------------------------|-------------------|------|--------------------------|-------------------------------|

## Certyfikacja podmiotu

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|
| <p><b>Zaznacz odpowiednie pole:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Osoba fizyczna / wyłączny właściciel</p> <p><input type="checkbox"/> Łączni wnioskodawcy</p> <p><input type="checkbox"/> Spółka</p> <p><input type="checkbox"/> Korporacja</p> <p><input type="checkbox"/> Inne: _____</p> | <p><b>Pod odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań, oświadczam(y), że:</b></p> <p>1 Informacje przedstawione w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą;</p> <p>2 Nie podlegam obowiązkowi odprowadzenia zaliczki na podatek, ponieważ</p> <p>(a) Jestem zwolniona(-y) z obowiązku odprowadzenia zaliczki na podatek;</p> <p>* (b) nie zostałem powiadomiona(-y) przez Urząd Skarbowy (IRS), że podlegam obowiązkowi odprowadzenia zaliczki na podatek w wyniku niezgłoszenia wszystkich odsetek lub dywidend; lub</p> <p>(c) IRS powiadomił mnie, że nie podlegam już obowiązkowi odprowadzenia zaliczki na podatek; oraz</p> <p>3 Jestem obywatelem lub zamieszkuję na terenie USA (włącza to również rezydentówUSA posiadających inne obywatelstwo)</p> <p><small>* Instrukcje certyfikacji: Należy wykreślić pkt 2 powyżej, jeżeli IRS powiadomił wnioskodawcę, że obecnie podlega on/ona obowiązkowi odprowadzania podatku podatku.</small></p> |                     |      |
| numer ubezpieczenia społecznego                                                                                                                                                                                                                                                                | Numer EIN (numer identyfikacyjny pracodawcy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | podpis wnioskodawcy | data |
| <b>LUB</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>X</b>            |      |

## Wniesienie opłaty przez wnioskodawcę

Rozumiem, że jedynym wymogiem finansowym zostania dystrybutorem LifeWave, Inc. jest wniesienie opłaty przez wnioskodawcę w wysokości 25,00 dolarów USD (wraz z obowiązującym podatkiem) za replikowaną witrynę internetową LifeWave.

**Wniesienie opłaty przez wnioskodawcę:**  Visa  MasterCard  Discover

|                                     |                         |                        |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| numer karty kredytowej              | data ważności           | kod cvv (z tyłu karty) |
| imię i nazwisko (tak jak na karcie) | podpis posiadacza karty | data                   |
| <b>X</b>                            |                         |                        |

## Warunki

Przeczytałem(-em) i zgadzam się na Warunki obowiązujące na stronie internetowej LifeWave i jestem zaznajomiony(-a) z regulaminem zwrotów opisanym w Regulaminie i Procedurach LifeWave, Inc. Niniejszym wyrażam zgodę na przestrzeganie Warunków, które przez odniesienie zostały uwzględnione w całości na stronie internetowej LifeWave, Inc. Oświadczam, że jestem pełnoletni(-ia) i posiadam zdolność prawną do podpisania niniejszej umowy. Przeczytałem(-am) i zgadzam się postępować zgodnie z Regulaminem i Procedurami LifeWave, Inc. oraz zawartymi w nich warunkami zachowania poufności.

|                     |      |                          |      |
|---------------------|------|--------------------------|------|
| podpis wnioskodawcy | data | podpis współwnioskodawcy | data |
| <b>X</b>            |      | <b>X</b>                 |      |

**\* Aby złożyć zamówienie lub zapisać się do automatycznej wysyłki, należy zalogować się na swojej stronie internetowej lub skontaktować się z Biurem Obsługi Klienta LifeWave pod numerem: 1-866-202-0065.**

UCZESTNIK LIFEWAVE, INC. PLAN WYNAGRODZEŃ MOŻE ZOSTAĆ ANULOWANY W DOWOLNEJ CHWILI I Z DOWOLNEJ PRZYCZYNY. REZYGNACJĘ NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ NA PIŚMIE W BIURZE OBSŁUGI KLIENTA FIRMY LUB WYSŁAĆ POCZTĄ DO FIRMY LIFEWAVE, INC.