

FORMULAIRE DE VOS DONNÉES BANCAIRES

Ces informations bancaires sont fournies pour le paiement de mes commissions

NOM DU TITULAIRE DU COMPTE

_____/_____/_____
Date

Nom du demandeur

Numéro de Distributeur

Adresse postale

Ville

Département/Région

Code Postale

Pays

Adresse email

()

()

()

()

Téléphone fixe

Téléphone professionnel

Mobile

Numéro de fax

INFORMATIONS BANCAIRES

Titulaire du compte

Nom de la banque

Numéro de routage (optionnel)

IBAN

Numéro de compte

Code SWIFT/BIC

Je soussigné, donne l'autorisation à 4Life Research, de payer des commissions sur le compte bancaire indiqué sur ce formulaire.

Signature

Date:

Compléter cette section si le nom du Distributeur n'apparaît pas sur ce compte bancaire.

Si le Distributeur 4Life n'apparaît pas sur le compte bancaire, le titulaire du compte ainsi qu'un témoin doivent signer ci dessous

Je soussigné, _____ autorise _____
(titulaire du compte bancaire) nom du distributeur

4Life à recevoir des commissions sur le compte bancaire indiqué sur ce formulaire.

Signature

Date:

Signature du témoin

Date:

VEUILLEZ RENVOYER PAR EMAIL:

4Life Research Europe, LLC.

Distributeur Français: france@4life.com

Distributeur Belge: belgium@4life.com

Distributeur Suisse : switzerland@4life.com