



ใบสมัคร Health member

รหัสตัวแทน HM - □□ - □□ - □□

Name:	Phone number:
Nick name:	ID line:
Address:	E-mail:
.....	Facebook:
.....	Application date:

เงื่อนไข

- เมื่อเปิดบิลส่งผลิตภัณฑ์ขั้นต่ำ ๕ ชิ้น สามารถสมัครเป็นตัวแทนจำหน่ายได้ พร้อมส่งเอกสารการสมัครที่กำหนดไว้ให้ครบถ้วน
 - หลังได้รับอนุมัติการเป็นตัวแทนจำหน่าย ท่านจะได้รับโครงสร้างราคาตัวแทน และสามารถจำหน่ายผลิตภัณฑ์ตามราคาโครงสร้างที่ทางบริษัทกำหนดให้
 - ห้ามตัวแทนจำหน่ายผลิตภัณฑ์ราคาปลีก ต่ำกว่าราคาที่ทางบริษัทกำหนดเด็ดขาด ซึ่งถือเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนเงื่อนไขการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ของบริษัท
 - บริษัทอนุญาตให้ตัวแทนจำหน่ายสามารถทำรูปแบบอุปกรณ์ส่งเสริมการขายเพื่อกระตุ้นยอดขาย หรือการจัดฝึกอบรมของทีมงานได้
 - การนำเสนอผลิตภัณฑ์ต้องเป็นเนื้อหาสาระที่สำคัญและข้อมูลที่เป็นจริง ไม่อวดสรรพคุณอันเป็นเท็จ ซึ่งทำให้ผลิตภัณฑ์เสียภาพลักษณ์
 - บริษัทอนุญาตให้จัดแถมผลิตภัณฑ์อื่น ที่ตัวแทนจำหน่ายจัดเตรียมไว้เพื่อกระตุ้นการขายได้ แต่ไม่อนุญาตลดราคาของผลิตภัณฑ์ โดยสามารถทำได้หลังจากแจ้งกับทางบริษัทล่วงหน้าก่อนทำการซื้อขาย เพื่อให้ทางบริษัทพิจารณาว่าเหมาะสมกับภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์หลักหรือไม่
 - บริษัทอนุญาตให้มีการจัดจำหน่ายสินค้าได้ในทุกช่องทางออฟไลน์และออนไลน์ แต่ต้องเป็นในราคาที่ทางบริษัทกำหนด ไม่อนุญาตให้รวมโปรโมชั่นลดราคาที่ทำให้โครงสร้างของราคาตลาดเสียหาย
 - ตัวแทนจำหน่ายยินยอมให้บริษัทตรวจสอบรายละเอียดและข้อมูลอื่นๆ ภายในทีมและ Health master มีการรายงานการขายให้บริษัททราบในทุก ๆ เดือน
 - ตัวแทนจำหน่ายสามารถย้ายทีมได้ปีละ ๑ ครั้ง โดยต้องแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย ๑ เดือน และต้องชี้แจงกับ Health master รายงานเหตุผลที่ต้องการย้ายทีมกับบริษัท และทำการคืนรหัสเก่าและรหัสใหม่ให้เรียบร้อย
 - หากตัวแทนจำหน่ายท่านใดฝ่าฝืนเงื่อนไขการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ของบริษัทให้เกิดความเสียหายแก่ทางบริษัทหรือทำให้เสียโครงสร้างของราคาตลาดทางตัวแทนจำหน่ายจะต้องเสียค่าปรับเป็นจำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาทและทางบริษัทจะพิจารณาสิทธิประโยชน์ทั้งหมดรวมถึงสิทธิการเป็นตัวแทนจำหน่ายของบริษัทโดยทันที
- หมายเหตุ : บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือยกเลิกเงื่อนไข โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
ผู้สมัคร Health member	Health master รหัส.....	Health distributor รหัส.....

สำหรับ Health Owner

ลงชื่อ.....
เจ้าหน้าที่รับเอกสาร
วันที่เดือนพ.ศ.

กรุณาส่ง บริษัท เฮลท์ เอ็กซ์เพิร์ท จำกัด

๕๕๖/๑๒ ถนนคลองเรียน ๑ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐ โทร.๐๙๕-๔๔๐-๗๔๔๘

ตัวอย่างการแนบสำเนาบัตรประชาชนที่ถูกต้อง



สำเนาถูกต้อง

.....ลงลายมือชื่อ.....

เขียนชื่อและนามสกุลตัวบรรจง

วัน/เดือน/ปี