

FORMULARIO PARA MATERIAL DE APOYO PARA VENTAS DEL IBO PLATINO



5700 Democracy Dr.
Plano, Texas 75024

FAX: 469-229-4588

FECHA _____

No. De IBO _____

NOMBRE _____ TELEFONO _____

DIRECCION _____ CORREO ELECTRONICO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

FOLLETOS					
ART#	DESCRIPCION (POR PAQUETE)	UNIDAD	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
2131	AmeriPlan® Dental Plus (\$14.95) <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Limón <input type="checkbox"/> Azul	25	\$6.00		\$
2101	AmeriPlan® Dental Plus (\$14.95) <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Limón <input type="checkbox"/> Azul	1000	\$150.00		\$
2123	AmeriPlan Total Health (\$39.95) <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Limón <input type="checkbox"/> Azul	25	\$6.00		\$
2124	AmeriPlan Total Health (\$39.95) <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Limón <input type="checkbox"/> Azul	1000	\$150.00		\$
2007	Folleto Oportunidad "Cumpliendo la Promesa" (Reclutamiento)	25	\$6.00		\$
2124	AmeriPlan Total Health (\$39.95) <input type="checkbox"/> Rojo <input type="checkbox"/> Limón <input type="checkbox"/> Azul	1000	\$150.00		\$
2140	SecurNet	25	\$6.00		\$
2151	SecurNet	1000	\$150.00		\$
2141	AccessSaver	25	\$6.00		\$
2152	AccessSaver	1000	\$150.00		\$

SOLICITUDES Y ACUERDOS					
2010	Acuerdo de Beneficios de IBO <small>(Si vive en los estados de Carolina del Sur, Connecticut, Louisiana, Maine, Maryland, Carolina del Norte Utah y Washington State debe usar la "Solicitud de Acuerdo Alternativo de Beneficios de IBO")</small>	10	5		\$
2146	Acuerdo Alternativo de Beneficios de IBO <small>(Este formulario debe ser usado si vive en estos estados Carolina del Sur, Connecticut, Louisiana, Maine, Maryland, Carolina del Norte Utah y Washington).</small>	10	5		\$

MISCELÁNEOS					
2020	Tarjeta de Referencia de Proveedor	10	\$5.00		\$
2026	Cartel -AmeriPlan® Banner (Vinyl 3"x6")	1	\$99.00		\$
2034	Formulario para Ordenar Material de Apoyo para Ventas	1	NC		

MATERIALES DE APOYO PARA VENTAS DE IBO APFLEX					
2154	Folleto FreedomPass	25	\$9.00		\$
2156	Folleto FreedomPas	1000	\$260.00		\$
2159	Planilla de Inscripción APFLEX (NUEVO)	10	NC		\$

QUIERO PAGAR POR MIS SUMINISTROS CON:
 Cheque Visa MasterCard Discover American Express
 # de Tarjeta de Credito o Debito _____
 Fecha de Venc. ____/____/____

MATERIALES DE APOYO PARA VENTAS NO SON COMISIONABLES

SUBTOTAL \$ _____
 Impuesto Sobre Venta % X = \$ _____
Tasa de Impuesto Sobre Venta Sujeto a Impuesto
 \$ _____
\$5.00 CARGO MINIMO DE ENVIO

ENVIO/MANEJO: Use el 10% del subtotal como un cálculo estimado de la cuota de envío. A usted se le cobrará la cantidad real que cobre la compañía que entrega el paquete.

Por favor permita 14 días para la entrega.

X Firma para compra de material de venta con tarjeta de credito o cheque. Si el monto no es suficiente para cubrir el costo total o mi cheque es retomado por falta de fondos, Yo autorizo a AmeriPlan a cargar la diferencia a mi cuenta de IBO

TOTAL A PAGAR A AMERIPLAN® \$ _____