

ธุรกิจ ดร. สาโรช ไพรงค์



บริษัท ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ดร.สาโรช จำกัด
18/15 ถ.สายเอเชีย ต.ธนู อ.อุทัย จ.พระนครศรีอยุธยา 13000
โทร.035-336134,035-336135 แฟกซ์.035-336136

ใบสมัครนักธุรกิจ ดร. สาโรชไพรงค์
Application Form

รหัสสมาชิก

1. ข้อมูลส่วนตัวผู้สมัคร /Personal information

วันที่สมัคร
เลขที่บัตรประชาชน เพศ ชาย หญิง คำนำหน้าชื่อ
ชื่อตามบัตร
ชื่อทางธุรกิจ
วันเกิด สถานะ โสด สมรส ประเภทสมาชิก บุคคล นิติบุคคล

2. ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่ตามบัตร
ที่อยู่ปัจจุบัน
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
E-mail ประเทศ

3. ข้อมูลผู้แนะนำ

รหัสสมาชิก ชื่อ
โทรศัพท์
.....

4. ข้อมูล Upline

รหัสสมาชิก ชื่อ
โทรศัพท์ ต่อด้าน ชาย ขวา

5. ข้อมูลบัญชีธนาคารและผู้ได้รับผลประโยชน์

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี
ธนาคาร สาขา
ผู้รับผลประโยชน์ เลขที่บัตรประชาชน

ข้าพเจ้าได้อ่าน และทำความเข้าใจในแผนของบริษัทผลิตภัณฑ์สมุนไพร ดร. สาโรช จำกัด เป็นอย่างดีแล้วด้วยสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ของข้าพเจ้าและพึงพอใจต่อผลตอบแทนทางธุรกิจที่ได้รับจากแผนการตลาดทุกประการ ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจกฎระเบียบการเป็นสมาชิกของบริษัทผลิตภัณฑ์สมุนไพร ดร. สาโรช จำกัด เป็นอย่างดีแล้ว และยินดีปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดทุกประการ และยินยอมให้บริษัทฯ ยกเลิกสมาชิกภาพของข้าพเจ้าทันทีที่ทำผิดกฎระเบียบสมาชิกของบริษัทฯ ดังกล่าวจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.