

Fax

Data: ____ / ____ / ____

Para: _____

De: **Herbalife Internacional do Brasil LTDA**

Fax #: **(11) 3879.7845**

Assunto: **AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO PARA COMPRA DE PRODUTOS**

() DINERS CLUB () VISA () CREDICARD / MASTERCARD

Nome do Titular do Cartão: _____

Número do Cartão de Crédito: _____

Validade do Cartão de Crédito: _____

Número do Pedido: _____

Nome do Comprador: _____

Valor do Pedido / Compra R\$ _____

Local e data: _____

X _____

ASSINATURA DO TITULAR DO CARTÃO DE CRÉDITO COM FIRMA RECONHECIDA

*Atenção: O não reconhecimento de firma, invalida este documento.

*Para pedidos colocados no último dia do mês: Este documento deverá ser recebido pela Herbalife até o dia 05 do mês seguinte. Caso não seja recebido até esta data o pedido será transferido para Volume do mês em curso.

* Enviar cópia do cartão de crédito (frente e verso) e esta autorização original, para o seguinte endereço:
Rua Marina Ciufuli Zanfelic, 371 - Lapa
CEP: 05040-000 - São Paulo, SP

HERBALIFE®

