

# Fiche de renseignements Client Privilégié



HEALTH & BEAUTY

LR Health & Beauty Systems SAS,  
Cité Park Bât C  
23 avenue de Poumeyrol  
69300 Caluire

Demande d'agrément du distributeur N° .....

## A REMPLIR PAR LE CANDIDAT CLIENT PRIVILÉGIÉ

Nom <sup>1</sup>		Prénom		M/Mme
Adresse				
Code postal		Ville		Pays
Téléphone		Mobile		Fax
E-mail		Profession		
Ville de naissance		Département		
Nom de jeune fille		Nationalité		
Date de naissance		Situation de famille		

Pour vos éventuels remboursements uniquement:

Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)	Bank Identification Code (BIC)

## A REMPLIR PAR LE PARRAIN

Nom			
N° de distributeur		Téléphone	

- J'ai déjà reçu mon kit de démarrage, veuillez m'enregistrer en tant que client privilégié
- Je veux devenir client privilégié LR et recevoir mon kit de démarrage.

En cas d'agrément par LR, je m'engage à respecter les conditions énoncées dans la Lettre d'engagement Client Privilégié et je certifie être majeur et avoir la capacité de contracter. Dès la confirmation de l'agrément par LR, je dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer par lettre recommandée AR à ma demande et retourner le kit de démarrage qui me sera remboursé. Si les renseignements indiqués ci-dessus s'avèrent inexacts et en cas de non-respect des conditions indiquées dans la Lettre d'engagement Client Privilégié, l'agrément sera résilié de plein droit dès réception de la notification de LR par lettre recommandée AR.

Date .....

J'ai lu et j'accepte les conditions générales de vente disponibles sur [www.lrworld.com](http://www.lrworld.com)

Signature du candidat<sup>1</sup> .....

Signature du parrain .....