

# FORMULARIO DE CAMBIO DE CATEGORÍA PARA EL PROPIETARIO DE UNFRANCHISE PROFESIONAL SANITARIO INTERNACIONAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO D PROPIETARIO DE UNFRANCHISE: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por medio del presente documento, manifiesto mi deseo de cambiar de categoría en Market España, que selecciono en la siguiente casilla:

**De la categoría de Propietario de UnFranchise a la de Propietario de UnFranchise Profesional Sanitario Internacional (HP)**

**De la categoría de Propietario de UnFranchise o de la categoría de Propietario de UnFranchise Profesional Sanitario Internacional (HP) a la categoría de Propietario de UnFranchise HP1 Internacional**

Reconozco y acepto que al cambiar mi categoría actual a la de Propietario de UnFranchise HP1 Internacional, perderé el derecho a acumular BV y a ganar comisiones derivadas de las ventas realizadas por los Propietarios de UnFranchise conectados a mis BDC y que sólo podré acumular BV de las ventas que yo realice personalmente. Además, reconozco y acepto que el volumen de negocio de cualquier Propietario de UnFranchise que haya patrocinado personalmente ya no contará para mis comisiones y que el patrocinio existente se perderá automáticamente. Iniciales del propietario de UnFranchise: \_\_\_\_\_

**De la categoría de Propietario de UnFranchise HP1 Internacional a la de propietario de UnFranchise Profesional Sanitario Internacional.**

Reconozco y acepto que al cambiar mi categoría a la de profesional sanitario internacional me comprometo a cumplir con todos los requisitos del Plan de Compensación de Rendimiento Administrativo (MPCP) de forma oportuna (en un lapso de 28 días). Reconozco y acepto que el pago de comisiones está sujeto al cumplimiento de los requisitos del MPCP incluidos, entre otros: la presentación de los formularios 1000, 925 y 1001 debidamente cumplimentados y la asistencia a la formación de nuevos Propietarios de UnFranchise, a la formación sobre los Cinco Fundamentos y a la formación para la Certificación como Coordinador Ejecutivo (ECCT). Iniciales del propietario de UnFranchise: \_\_\_\_\_

**De la categoría de Propietario de UnFranchise Profesional Sanitario Internacional o Propietario de UnFranchise HP1 Internacional a la de Propietario de UnFranchise.**

Adjunte una copia de su licencia a este formulario. Espere al menos 48 horas para el procesamiento; tenga en cuenta que si su licencia no se encuentra dentro de la lista existente de clasificación aprobada, el proceso tardará más.

**Certifico que he leído y entendido la información contenida en este formulario y que acepto estar vinculado a los términos del mismo.**

Firma del propietario de UnFranchise: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¡En hora buena para su nueva categoría!

Envíe por fax los documentos a (336)605-0041

O por correo electrónico a [internationalHPESP@marketamerica.com](mailto:internationalHPESP@marketamerica.com).