

Application Form_Change Name - Formanyomtatvány Adatmódosító (alap adatok)

《直销商姓名变更申请表》

Date / Dátum:

Company/Cég:	
Distributor ID / Tanácsadói szám :	Name (Old) / Név (Régi) :
Level / Szint :	Name (New) / Név (Új) :
Sign (Distributor) / Aláírás (Tanácsadó) :	Tel / Telefon:
Type I Módosítás oka:	<input type="checkbox"/> Pen slip when completing the form / Formanyomtatványon elírás történt <input type="checkbox"/> Mistake made by the data entry clerk / Adatrögzítési hiba történt
Type II Módosítás oka:	<input type="checkbox"/> transfer the business to immediate families due to age restriction Tanácsadói kód átruházása közvetlen családtagra az életkorral kapcsolatos szabályok miatt
	<input type="checkbox"/> transfer the business to immediate families due to inconformity to ID requirement Tanácsadói kód átruházása közvetlen családtagra a személyi igazolvánnyal kapcsolatos hiányosságok miatt
	<input type="checkbox"/> transfer the business to the deceased's successor while the widower/ee is no longer interested in the business. Tanácsadói kód átruházása az elhunyt örökösére, amennyiben özvegye nem érdekelt az üzletben.
	<input type="checkbox"/> transfer the business to his/her successor on the death of a distributor per Company's policy Tanácsadói kód átruházása az örökösre a Tanácsadó halála esetén a Cég Működési Szabályzatának megfelelően
	<input type="checkbox"/> transfer the business to others due to physical conditions or other reasons Tanácsadói kód átruházása a fizikai állapot vagy egyéb okok miatt
Relevant documents required / Tárgyhoz tartozó csatolandó dokumentumok:	
<input type="checkbox"/> Copy of the distributor's Identity document and the distributor's card (issued by Tianshi) Személyi igazolvány és Tiens kártya (Tiens által kiadott) fénymásolata	
<input type="checkbox"/> Copy of the application form / Formanyomtatvány másolata	
<input type="checkbox"/> Confirmation letter of Immediate families / Jóváhagyó igazolás a közvetlen családtagjaitól	
<input type="checkbox"/> Certificate of Death / Halotti anyakönyvi kivonat	
<input type="checkbox"/> Confirmation letter of loss of working ability / Igazolás a munkaképesség elvesztéséről	
Please attach the copies of the relevant documents at the back of this form Kérjük csatolja a megfelelő dokumentumok fénymásolatát!	
Office Use ONLY (below) TIENS Iroda tölti ki:	
(Type I)	
Approved By Branch Manager (Jóváhagyott cégvezető által):	
Signature (Aláírás):	
(Type II)	
Approved By Branch Manager (Jóváhagyott cégvezető által):	
Signature (Aláírás):	
Approved By Regional Calculation Dept. (Jóváhagyott a Regionális Kalkulációs Osztály által)	
Signature (Aláírás):	

Note/ Megjegyzés: This form must be completed by the distributor according to their situation, and relevant documents must be attached, otherwise, application will not be processed.
A kérelem elbírálásának feltétele a Tanácsadó által hiánytalanul kitöltött nyomtatvány és a megfelelő csatolmányok együttes benyújtása.