

Miejscowość

Data

WNIOSEK O DODATKOWY NUMER DYSTRYBUTORA

Dane Dystrybutora

Imię	
Nazwisko*	
Numer Dystrybutora*	
Ilość wnioskowanych numerów*	
Poziom efektywności osiągnięty w miesiącu poprzedzający wpłynięcie wniosku*	

*pola wymagane

.....
(podpis)

Decyzja FM GROUP World	
-------------------------------	--

Data otrzymania wniosku

Data przydzielenia dodatkowego numerów (dodatkowych numerów)

Podpis osoby odpowiedzialnej