Herbalife

HERBALIFE BOLIVIA LTDA.
Av. Doble Vía a la Guardia entre 3° y 4° anillo, Calle Cerro El Alegre Uv. 0051, Mza. 0045, S/N, Barrio Villa Fátima
Santa Cruz – Bolivia
Teléfonos: 800105110

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Centro de Ventas Cochabamba:
Av. Salamanca Nro. 964
Zona Rotonda Quintanilla

Centro de Ventas en La Paz:
Calle 21 de Calacoto, casi esquina
Costanera, Edificio "Larrea Sur"

Centro de Ventas en El Alto
Urbanización 12 de Octubre Av. 6
de Marzo y Jorge, Carrasco Nº144

Centro de Ventas Tarija:
Edificio Panamericano Avenida
Panamericana Nº1161

Centro de Ventas en Santa Cruz:
Av. Doble Vía a La Guardia entre 3° y 4° anillo, Calle Cerro El Alegre Uv. 0051, Mza. 0045, S/N, Barrio Villa Fátima

Distribuidor Independiente Herbalife

Dentro de los 30 días siguientes al reembolso a su Cliente, este formulario debe ser completado totalmente y firmado para ser devuelto por duplicado al Centro de Ventas Herbalife más cercano, junto con una copia de la Nota de Pedido del Cliente, y la parte sin usar del producto, las etiquetas originales del producto, o los envases vacíos del producto Nota: Todos estos artículos mencionados anteriormente son requeridos para procesar esta solicitud.

No. de ID Herbalife

Nombre del Distribuidor Independiente

Domicilio del Distribuidor Independiente

Ciudad Provincia País

Teléfono

Por favor indique el domicilio de envío para reemplazar su producto.

Igual al domicilio del Distribuidor Independiente

Nombre

Domicilio

Ciudad Provincia País

Yo certifico, que en esta fecha ____ /____ /____ , he reembolsado al Cliente (mencionado arriba) la cantidad de _____, o le he emitido crédito completo para comprar otros productos Herbalife. (Por favor referirse a la Garantía de Satisfacción de Cliente Herbalife en el Paquete del Distribuidor Independiente Herbalife para ver requisitos detallados).

La información personal incluida en este formulario será utilizada por Herbalife para procesar su solicitud, cumplir con todos los requisitos legales y contractuales, y para otros propósitos de negocio como se describe en nuestra política de privacidad, ubicada en www.herbalife.com.bo/politica-privacidad. Herbalife o sus terceros autorizados podrán contactarlo directamente para estos fines. Comuníquese con nosotros al +1 866-866-4744 o escribiendo a privacy@herbalife.com para más información.

Firma del Distribuidor Independiente: _____ Fecha: ____ /____ /____

CLIENTE HERBALIFE

Nombre

Domicilio

Ciudad Provincia País

Teléfono

Por favor explíquenos las razones por las cuales está insatisfecho con los productos:

Luego de haber probado el producto Herbalife por: ☐ 1 semana ☐ 2 semanas ☐ 3 semanas ☐ 4 semanas

De acuerdo con la Garantía de Reembolso por 30 días: Adjunto una copia de mi Nota de Pedido, junto con **y la parte sin usar del producto, las etiquetas originales del producto, o los envases vacíos del producto** , a mi Distribuidor Independiente, para obtener:

- ☐ Crédito completo para comprar otros productos Herbalife, o
- ☐ Reembolso completo del precio de compra indicado abajo.

Yo certifico, que en esta fecha ____ /__ /____ , solicité un reembolso o crédito para la compra de otros productos Herbalife por la cantidad de _____, y reconozco haber recibido:

- ☐ Reembolso ☐ Crédito completo para comprar otros productos Herbalife

La información personal incluida en este formulario será utilizada por Herbalife para procesar su solicitud, cumplir con todos los requisitos legales y contractuales, y para otros propósitos de negocio como se describe en nuestra política de privacidad, ubicada en www.herbalife.com.bo/politica-privacidad. Herbalife o sus terceros autorizados podrán contactarlo directamente para estos fines. Comuníquese con nosotros al +1 866-866-4744 o escribiendo a privacy@herbalife.com para más información.

Firma del Cliente: _____ Fecha: ____ /____ /____

CENTRO DE VENTAS HERBALIFE

☐ Santa Cruz ☐ La Paz ☐ El Alto ☐ Tarija ☐ Cochabamba

Dentro de los 30 días siguientes al reembolso del Distribuidor Independiente al Cliente, el Centro de Ventas:

- ☐ Ha recibido **la parte sin usar del producto, las etiquetas originales del producto, o los envases vacíos del producto.**
- ☐ Ha recibido la Nota de Pedido.
- ☐ Ha reemplazado el producto idéntico y lo ha enviado al Distribuidor Independiente.

Firma del Empleado de Devoluciones: _____ Fecha:___ /____ /____

Descripción de la Devolución	Enviado Por	Recogido Por

Garantía de Reembolso por 30 días