

Club Med Bali

Getaway Vacation 2009

Registration Form



UNTUK SEMUA DISTRIBUTOR YANG AKAN BERKUALIFIKASI GETAWAY VACATION 2009 MOHON UNTUK MENCETAK & MENGISI FORMULIR INI DENGAN JELAS DAN KIRIM KE DEPT. SALES & MARKETING ATAU FAX KE 62-215760788 SEBELUM 25 SEPTEMBER 2009.

KARENA KETERBATASAN KAMAR DI CLUB MED BALI, DATA YANG ANDA CANTUMKAN HARUS SUDAH PASTI IKUT SERTA. UNTUK TAMBAHAN TEMPAT/KAMAR BAGI TAMBAHAN KELUARGA/ANAK TERGANTUNG PADA KETERSEDIAAN TEMPAT DAN KAMAR DI CLUB MED BALI.

HERBALIFE BERHAK SEPENUHNYA DALAM PENGATURAN KAMAR DI CLUB MED BALI. JIKA SEORANG KUALIFIER TIDAK MENGAJAK PASANGAN ATAU TAMU, DAN HANYA INGIN MENEMPATI KAMAR SENDIRI, MAKA YANG BERSANGKUTAN AKAN DIKENAKAN BIAYA TAMBAHAN SEBESAR SGD 330.

INFORMASIKAN JADWAL PENERBANGAN ANDA PALING LAMBAT **13 OKTOBER 2009 MELALUI EMAIL aruma@herbalife.com ATAU MELALUI DISTRIBUTOR SERVICES KAMI.**

Bali ClubMed (16-18 Oktober 2009) 2009 Getaway Vacation Registration Form

Keterangan Detail Kualifier

Beri tanda silang pada kotak yang tersedia

Title: Mr Mrs Ms Sex: Male Female Distributor ID#: _____
Nama Lengkap: _____
Alamat: _____
Kota: _____ Propinsi: _____ Kode pos: _____ Negara: _____
Telephone#: _____ Facsimile #: _____ Mobile #: _____
Alamat Email: _____
Tanggal lahir: _____ Tempat lahir: _____
Kewarganegaraan: _____
Catatan penting untuk makanan (jika ada): Diabetic Vegetarian Muslim
No Passport: _____ Diterbitkan di kota: _____ Tgl penerbitan: _____
Masa berlaku: _____ Visa reference number: _____

Keterangan Detail Pasangan/Keluarga

Beri tanda silang pada kotak yang tersedia

Title: Mr Mrs Ms Sex: Male Female Distributor ID#: _____
Nama Lengkap: _____
Alamat: _____
Kota: _____ Propinsi: _____ Kode pos: _____ Negara: _____
Telephone#: _____ Facsimile #: _____ Mobile #: _____
Alamat Email: _____
Tanggal lahir: _____ Tempat lahir: _____
Kewarganegaraan: _____
Catatan penting untuk makanan (jika ada): Diabetic Vegetarian Muslim
No Passport: _____ Diterbitkan di kota: _____ Tgl penerbitan: _____
Masa berlaku: _____ Visa reference number: _____

*Tamu tidak boleh distributor yang tidak berkualifikasi

INFORMASI DALAM KEADAAN DARURAT

Nama utk dihubungi: _____
Hubungan: _____
Telephone #: _____ Facsimile #: _____ No. HP #: _____
Alamat: _____
Kota: _____ Kode Pos: _____ Negara: _____

PERMOHONAN UNTUK TAMBAHAN ANAK DALAM KAMAR YG SAMA

Catatan: Mohon jangan dulu membuat pemesanan yang berkaitan dengan perjalanan anak-anak anda sampai anda menerima konfirmasi permohonan anda ini dari Herbalife. Biaya tambahannya adalah:

0-1 tahun): Free Of Charge (2-3 tahun): S\$111.00 (4-11 tahun): S\$441.00 (12 tahun keatas): S\$540

***Semua harga diatas belum termasuk 7% GST. Semua permohonan bergantung ketersediaan, prioritas akan diberikan pada Distributor yang berkuailifikasi & pasangannya.**

Cancellation 15 – 29 hari dari hari H : 20% dari package price + membership/renewal (S\$40/S\$60)
Cancellation 8 – 14 hari dari hari H : 40% dari package price + membership/renewal (S\$40/S\$60)
Cancellation 7-3 hari dari hari H : 80% dari package price + membership/renewal (S\$40/S\$60)
Cancellation 2 hari atau kurang dari hari H : 100% dari package price + membership/renewal (S\$40/S\$60)

ANAK#1 KETERANGAN DETIL

Sex: Male Female

Nama Lengkap sesuai paspor: _____

Alamat: _____

Kota: _____ Propinsi: _____ Kode pos: _____ Negara: _____

Telephone#: _____ Facsimile #: _____ Mobile #: _____

Alamat Email: _____

Tanggal lahir: _____ Tempat lahir: _____ Kewarganegaraan: _____

Catatan penting untuk makanan (jika ada): Diabetic Vegetarian Muslim

No Passport: _____ Diterbitkan di kota: _____ Tgl penerbitan: _____

Masa berlaku: _____ Visa reference number: _____

ANAK#2 KETERANGAN DETIL

Sex: Male Female

Nama Lengkap sesuai paspor: _____

Alamat: _____

Kota: _____ Propinsi: _____ Kode pos: _____ Negara: _____

Telephone#: _____ Facsimile #: _____ Mobile #: _____

Alamat Email: _____

Tanggal lahir: _____ Tempat lahir: _____ Kewarganegaraan: _____

Catatan penting untuk makanan (jika ada): Diabetic Vegetarian Muslim

No Passport: _____ Diterbitkan di kota: _____ Tgl penerbitan: _____

Masa berlaku: _____ Visa reference number: _____

TANDATANGANI DISINI JIKA anda dalam keadaan sehat dan bugar untuk bepergian.

Temui dokter anda jika anda kurang yakin. Dapatkan saran medis, pengobatan dan dapatkan asuransi perjalanan yang sesuai. Kesehatan anda dan perlindungan asuransi perjalanan anda adalah diluar tanggungan Herbalife atau Agent/Airline/Supplier.

SAYA NYATAKAN DAN SETUJU BAHWA ORANG-ORANG YANG TERCANTUM DALAM FORMULIR INI BISA BEPERGIAN:

(Tanda tangan)