Print Form | Submit by Email

Product Order Form

-Please Type or Print Clearly-

O L A X /ENERGYBOLIZER S DE R.L. DE C.V.

P.O. Box 2824, Lakeland, FL 33806-2824, www.energybolizer.com, **Call:**(863) 665-7997, Toll Free: 1-888-258-9773, **Fax:**(863) 665-1467

Distributor #
Distribuidor #
Sponsor #
Patrocinador #

Distributors and Retailers Only / Distribuidores y Minoristas Solamente

Social Security # _____ **Federal ID #** _____
Seguro Social # ***ID Federal #***

Personal Info (*Información Personal***) -Physical Address (***Dirección física para correspondencia***)**

Last Name / *Apellido*	First Name / *Nombre*	
Home Address / *Dirección Física*		
City / *Ciudad*	State / *Estado*	Zip / *Código Postal*
Home Phone / *Teléfono de Casa* ( )	Work Phone / *Teléfono en el Trabajo* ( )	

Shipping address (NO P.O. BOXES) - Información de Envío (*NO A CASILLAS POSTALES*)

Last Name / *Apellido*	First Name / *Nombre*	
Shipping Address (**No P.O. Boxes!**) / *Dirección de Envío* ***(No use Casilla Postal!)***		
City / *Ciudad*	State / *Estado*	Zip / *Código Postal*
Received Date:		

Item #	Qty. Cantidad	Product Description Descripción de Producto	Price Precio	Total
		Membership (Annual Fee-Must be paid with First order) **Membresia** (Cargo Anual– pagado con el primer pedido)	$25.00	
			Subtotal	
			Shipping Envío	
			Grand Total Gran Total	

☐ **Payment Method—Método de Pago:**
Make all orders payable to **Olax** - Haga todos sus pagos a **Olax**

☐ **Money Order #** _____ ☐ **Cashiers Check #** _____
Giro Postal **Cheque de caja**

Credit Card Type - Circle one (Visa , MasterCard or Discover only)
Tipo de Tarjeta de Crédito - Indique una (Visa , Master Card o Discover solamente)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | CODE:_____

Must match Name on credit card If using anothers person credit card must have approval from the card owner in writing (fax or email) to us.
El nombre debe ser igual al de la tarjeta,si el distribuidor no es el dueño de la tarjeta deberá tener aprobación por escrito del dueño de la misma por fax o email a nosotros.

Signature
Firma **X** _____
Expiration Date:
Fecha de Expiración: **Month/Mes** _____ **Year/Año** _____

Cardholders Signature

All Distributors—Todos los Distribuidores
I certify that I have sold 70% or more dollar volume of my previous order from Olax .
Yo certifico que he vendido 70% o mas de mi pedido previo de Olax .

Internal Use Only

Order taken by : _____

Date: _____

Time: _____

Process Day: _____