

Enagic Vancouver

Enagic Toronto

#101-7460 Edmonds St.
Burnaby, BC, V3N 1B2
Tel: (604) 214-0065
Fax: (604) 214-0067

#23-156 Duncan Mill Rd.
North York, ON, M3B 3N2
Tel: (905) 507-1200
Fax: (416) 445-6594



Bon de commande de produits
& contrat utilisateur

Identifiant distributeur <ne pas remplir>

www.enagic.ca

ENAGIC CANADA CORP.

Les nouvelles commandes de machines/Ukon doivent être envoyées par e-mail à goc.can@enagic.com

Informations du demandeur

Numéro de permis de conduire

Numéro d'assurance sociale ou d'impôt fédéral

Date de la demande

Nom (Prénom, nom) ou nom d'entreprise

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Adresse

Ville

Prov.

Code postal

Numéro de téléphone

Numéro de fax

Numéro de téléphone portable

Adresse e-mail

Adresse de livraison alternative

Ville

Prov.

Code postal

Informations sur le sponsor

Nom du sponsor

Demandeur enregistré comme votre L J A

Numéro de téléphone

Identifiant du sponsor

ARTICLE COMMANDE

MODE DE PAIEMENT

Ventes

- SD501
- SD501-PT
- ANESPA DX
- K8
- JRIV

Paiement unique

\$ 30 + \$ + \$ + \$ = \$

Frais de livraison TPS 5% (Autres ,BC)

TVH (13%ON
15%NS,NB,NL,PEI)

TVP (7%BC,MB 6%SK
9.975%QC)

Total

Financement Enagic <** Demande de système de paiement Enagic requise! **>

Prix de vente du produit

- 3 m
- 6 m
- 10 m
- 16 m
- 20 m
- 24 m

\$ +30 + \$ + \$ + \$ = \$

Frais de traitement + livraison

TPS 5% (Autres ,BC)

TVP (7%BC,MB 6%SK
9.975%QC)

TVH (13%ON
15%NS,NB,NL,PEI)

Dépôt de sécurité

Acompte

Informations de la carte

Carte de crédit

Débit

Chèque

Medicaid

Pas de carte Diners pas de cash

Numéro de carte

- Visa
- MasterCard
- AMEX

CVV

Date d'expiration

Nom du titulaire de carte (Prénom, nom) <*** Si différent du demandeur, la signature du payeur alternatif est requise! ***>

Payeur alternatif

Identifiant distributeur

Nom (en majuscules)

Signature (Sponsor ou Acheteur)

Date

Collecteur alternatif

Numéro de permis de conduire du distributeur

Nom (en majuscules)

Signature (Sponsor ou Acheteur)

Date

Je certifie avoir lu, compris et accepté les conditions générales énoncées dans les documents suivants, qui constituent le Contrat, le Contrat de distributeur, le Contrat de vente, les Politiques et procédures, le Plan de rémunération et les Produits. J'ai l'âge légal dans mon état de résidence. J'accepte que toute déclaration fautive ou trompeuse puisse entraîner la résiliation ou le refus de mon inscription en tant que distributeur d'Enagic Canada. Je comprends que la récompense financière proviendra de la vente de produits et non du recrutement de personnes. En tant que parrain, j'ai expliqué au candidat toutes les informations pertinentes qu'il devrait connaître avant de s'inscrire. De plus, en tant que distributeur vendeur, je reconnais que j'ai le devoir d'aider Enagic Canada à faire en sorte que le client honore son obligation de paiement. Au minimum, j'accepte de contacter le client en personne ou par téléphone au moins trois fois pour lui demander d'effectuer les paiements prévus dans le contrat client. *** TAXE DE LA C.-B. Applicable sur les frais de paiement échelonnés. Numéros de taxes d'Enagic Canada : GST 843475351RT0001, MB-PST 843475351 MT0001, BC-PST PST10114680, QC- PST 1219853005TQ0001, SK-PST 7135320.

Signature du demandeur

Date

Signature du sponsor

Date

L I V R A I S O N C O L L E C T E

Enagic Vancouver

#101-7460 Edmonds St.

Burnaby, BC, V3N 1B2

Tel: (604) 214-0065

Fax: (604) 214-0067

E-mail: vancouver@enagic.ca

Enagic Toronto

#23-156 Duncan Mill Rd.

North York, ON, M3B 3N2

Tel: (905) 507-1200

Fax: (416) 445-6594

E-mail: toronto@enagic.ca

www.enagic.ca

**ENAGIC CANADA CORP.****Demande de paiement automatique Enagic
pour un compte individuel**Date: **Les nouvelles commandes de machines/Ukon doivent être envoyées par e-mail à goc.can@enagic.com**

Réservé à Enagic Initiale :				Avis au(x) demandeur(s)			
Identifiant distributeur	Produit			Important ! Payez-vous actuellement une autre machine à l'aide du système de paiement Enagic ? Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>			
Prix unitaire	Paiement échelonné			Cette demande doit être remplie intégralement, à l'exception de la partie réservée à l'usage du personnel.			
Acompte	Montant du financement demandé			Informations sur le payeur alternatif Êtes-vous actuellement un payeur alternatif ? Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Depuis combien de temps connaissez-vous cette personne ? _____ ans			
Informations sur le demandeur				Informations sur le payeur alternatif			
Nom complet du demandeur				Nom complet du payeur alternatif			
NAS :				Relation :		NAS :	
Permis de conduire :		Province :		Permis de conduire :		Province :	
Numéro de téléphone :		Numéro alternatif :		Numéro de téléphone :		Numéro alternatif :	
E-mail :				E-mail :			
Adresse :				Adresse :			
Ville :		Province :		Ville :		Province :	
Code postal :				Code postal :			
Années de résidence :				Années de résidence :			
Paiement mensuel de logement : Propriétaire / Locataire / Autre <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Paiement mensuel de logement : Propriétaire / Locataire / Autre <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Profession :				Profession :			
Nom de l'employeur actuel :				Nom de l'employeur actuel :			
Numéro de téléphone de travail :		Années avec l'employeur :		Numéro de téléphone de travail :		Années avec l'employeur :	
<input type="checkbox"/> Revenu annuel brut <input type="checkbox"/> Autre revenu :				<input type="checkbox"/> Revenu annuel brut <input type="checkbox"/> Autre revenu :			
Veuillez nous indiquer deux créanciers avec lesquels vous avez actuellement un financement (uniquement comme référence)				Veuillez nous indiquer deux créanciers avec lesquels vous avez actuellement un financement (uniquement comme référence)			
Créancier	Objet du paiement	Échéance	Montant	Créancier	Objet du paiement	Échéance	Montant
Contact d'urgence		Nom :		Téléphone :		Relation :	
Montant du paiement mensuel \$				Nombre de paiements <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 24 Selon machine			
Date de prélèvement <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 15ème				Date de départ / /		Date de fin / /	
Options de paiement							
Informations de la carte : VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/>				(* AMEX N'EST PAS AUTORISÉ POUR LES PAIEMENTS MENSUELS *)			
Numéro de carte : _____				Date d'expiration : _____ CVV : _____			
* Informations sur le compte de chèques (nous n'acceptons actuellement que les comptes de chèques) :							
Institution : _____				Transit : _____			
Numéro de routage : _____				Numéro de compte : _____			
* Pour le paiement mensuel par chèque, nous demandons tout de même des informations sur la carte de crédit pour sécuriser le paiement.							
Je certifie par la présente que les informations fournies dans cette demande de paiement sont à ma connaissance complètes et exactes. J'autorise ENAGIC CANADA à débiter le montant indiqué ci-dessus de mon compte bancaire ou de ma carte de crédit. Cet accord restera en vigueur jusqu'à ce que mon solde soit payé en totalité. En signant la ligne ci-dessous, vous reconnaissez avoir lu et compris les conditions générales. Les conditions générales peuvent être modifiées sans préavis. Si vous n'effectuez pas un paiement mensuel, Enagic peut déduire le montant du paiement de votre commission. Vous ne pouvez pas vendre votre machine si votre paiement n'est pas terminé. Si nous n'avons pas reçu votre paiement, des frais de retard ou d'omission de paiement de 20 \$ seront portés à votre compte par incident et ne seront pas remboursés. Si votre chèque est sans provision ou si votre compte n'est pas suffisamment approvisionné, des frais de 30 \$ pour défaut de provision et des frais de retard de 20 \$ seront imputés à votre compte par incident et ne seront pas remboursables.							
Signature du demandeur :				Signature du payeur alternatif :			
Nom (en majuscules) du demandeur : _____				Date : _____		Nom (en majuscules) du payeur alternatif : _____	
				Date : _____			

Mis à jour en janvier 2023



ENAGIC CANADA CORPORATION

101-7460 EDMONDS ST. BURNABY BC V3N 1B2

Téléphone (604) 214-0065

Fax (604) 214-0067

www.enagic.ca

Voici les informations qu'Enagic et son distributeur doivent fournir lorsqu'ils choisissent conjointement d'appliquer la Méthode des Vendeurs de Réseau (« MVR ») à tout moment lorsque l'Agence du Revenu du Canada (« ARC ») a donné son accord à Enagic.

CHOIX CONJOINT D'UTILISER LA MÉTHODE DES VENDEURS DE RÉSEAU

Informations sur le vendeur de réseau

Numéro d'entreprise – 84347 5351 RT0001

Dénomination légale – Enagic Canada Corporation (« Enagic »)

Personne de contact – Gotaro Hamagawa

Titre – Directeur général / Vice-président

Informations sur le distributeur

Numéro de TPS/TVH (entreprise) (le cas échéant) _____ RT _____

NAS (numéro d'assurance sociale) _____

Numéro de taxe de vente provinciale (le cas échéant) _____

Nom complet (s'il s'agit d'un particulier) _____

Dénomination (s'il s'agit d'une entreprise) _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Personne de contact _____

Total des revenus annuels des 12 derniers mois de toutes les activités (y compris les commissions d'Enagic) :

Moins de 30 000 \$

Plus de 30 000 \$

En signant ce document, nous choisissons conjointement que les règles de la MVR s'appliquent aux commissions de réseau à tout moment lorsque l'agrément accordé au vendeur de réseau est en vigueur. Nous comprenons que ce choix n'est pas valable si la demande d'Enagic d'utiliser la MVR est refusée par l'ARC.

Certification – Enagic

Nous certifions par la présente que les informations fournies dans le présent document, ainsi que tout document joint, sont, à notre connaissance, véridiques, correctes et complètes et que Gotaro Hamagawa est autorisé à signer au nom d'Enagic.

Signature du représentant autorisé d'Enagic

Gotaro Hamagawa, Directeur général / Vice-président

2 0 1 9 - 0 1 - 1 5

Date (AAAA-MM-JJ)

Certification – Distributeur

Je certifie par la présente que les informations fournies dans le présent document, ainsi que tout document joint, sont, à ma connaissance, véridiques, correctes et complètes, et que je suis le distributeur ou que je suis autorisé à signer au nom du distributeur.

Signature du représentant autorisé du distributeur

Nom (en majuscules), Titre

Date (AAAA-MM-JJ)

Politique de retour pour le Canada, à partir de janvier 2023



- Tous les retours doivent être effectués dans les **15 jours suivant la réception du produit**.

Politique de retour des produits non utilisés :

- ① Tous les retours dans cette catégorie doivent être non utilisés (ne doivent pas être endommagés, installés ou utilisés), dans l'emballage d'origine et avec toutes les cartes de garantie, les manuels et les accessoires. **Enagic Canada** se réserve le droit de contrôler les retours.
- ② Les frais de restockage de 100 \$ plus taxes (selon le lieu d'enregistrement) seront déduits du montant recredité.

Politique de retour des produits utilisés :

- ① Les frais d'annulation s'élèvent à 15 % du prix unitaire plus taxes (selon le lieu d'enregistrement).

État du produit	Modèle									
		K8	SD501 PT	SD 501	JRIV	Anespa	UKON Sigma	UKON DD	Membre Anespa	Membre UKON DD
NON UTILISÉ	Frais de restockage + taxes	\$100 + taxes	\$100 + taxes	\$100 + taxes	\$100 + taxes	\$100 + taxes	\$100 + taxes	\$100 + taxes	\$100 + taxes	\$50 + taxes
UTILISÉ	Frais d'annulation + taxes	\$855 + taxes	\$742.50 + taxes	\$705 + taxes	\$600 + taxes	\$540 + taxes	\$345 + taxes	\$132 + taxes	\$420 + taxes	\$120 + taxes

Traitement des retours :

- Remplir le « **formulaire d'autorisation de retour** » et l'envoyer à : canada-sales@enagic.ca
- Les frais de retour sont à la charge de l'acheteur.
- Les frais de livraison et de paiement échelonné ne sont pas remboursables.
- Si un remboursement, une rétrofacturation ou une annulation est émis pour une **carte AMEX, des frais de service de 3,5 % seront appliqués.**
- À compter de la réception de votre retour, il nous faudra 5 à 10 jours ouvrables pour traiter votre retour et créditer votre compte.
- Le crédit sera imputé à votre mode de paiement d'origine.

- **Je certifie avoir lu, compris et accepté les conditions énoncées dans la présente politique. Je certifie en outre que**
- **J'ai reçu une copie de cette politique.**

Nom (en majuscules) : _____

Signature : _____ Date ____/____/____