

---

Nome:

---

ID Wellness Advocate:

---

Telefono:

### Passo 2: Dati bancari

Richiedo l'aggiornamento dei miei dati bancari  
come indicato di seguito:

IBAN: \_\_\_\_\_

Swift: \_\_\_\_\_

Nome Account: \_\_\_\_\_

### Passo 3: Inoltro

**E-mail:** Scansionare e inoltrare a [eudeposits@doterra.com](mailto:eudeposits@doterra.com).

### Passo 4: Autorizzazione Dichiarazione di autorizzazione

Con la firma del presente Modulo di autorizzazione di Direct Deposit accetto quanto segue:

- Autorizzo dōTERRA e la banca sopra indicata ad accreditare le mie provvigioni sul mio conto bancario.
- Qualora sul mio conto vengano effettuati degli accrediti a cui non ho diritto, autorizzo dōTERRA a dare disposizioni alla banca per la restituzione di suddetti accrediti alla società.
- Mi impegno a garantire a dōTERRA la correttezza dei miei dati bancari.
- Sono consapevole che la presente richiesta di modifica sarà sottoposta a una procedura di autorizzazione che potrebbe richiedere 1 settimana e che, pertanto, gli accrediti non saranno effettuati fino a quando la procedura di autorizzazione non sarà completata.
- Autorizzo dōTERRA al trattamento delle informazioni contenute nel presente modulo di autorizzazione di Direct Deposit in conformità con la politica di protezione dei dati di dōTERRA come stabilito nel mio Contratto Wellness Advocate.

Wellness Advocate Firma:

Data:

#### Solo per uso d'ufficio:

Sigla

Data

Le informazioni sono inserite. \_\_\_\_\_

Le informazioni sono state verificate. \_\_\_\_\_