dōTERRA®

หนังสือยินยอมของผู้ปกครองตามกฎหมาย
สำหรับผู้สมัครที่ปรึกษาด้านสุขภาพอายุ 18 ถึง 20 ปี

รายละเอียดผู้ปกครองตามกฎหมาย

ชื่อ-นามสกุล : _____

โทรศัพท์ : _____

ข้าพเจ้าผู้ลงนามรับรองและรับประกันว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของ _____

(ชื่อผู้สมัครที่ปรึกษาด้านสุขภาพ), หมายเลขประจำตัวประชาชน _____ (“บุตรของข้าพเจ้า”)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรหลานของข้าพเจ้าลงนามในข้อตกลงที่ปรึกษาด้านสุขภาพกับ โดเทอร์ร่า บริษัท โฮลดิ้ง จำกัด และบริษัท โดเทอร์ร่า เอ็นเตอร์ไพรส์ (ประเทศไทย) จำกัด โดยดำเนินธุรกิจตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่กำหนดไว้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าสามารถดูข้อตกลงที่ปรึกษาด้านสุขภาพได้ที่ https://www.doterra.com/TH/th_TH และข้าพเจ้าเข้าใจเงื่อนไขของข้อตกลงนี้

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อตกลงและภาระผูกพันของที่ปรึกษาด้านสุขภาพเป็นที่เรียบร้อย

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครองตามกฎหมาย: _____

ลายเซ็น: _____

ลงวันที่: _____

*กรุณาแนบเอกสาร : สำเนาบัตรประชาชนบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครองตามกฎหมาย