



# Authorisation Third-Party Charges to Credit Card

Kebenaran untuk Pembayaran Melalui Kad Kredit Parti ke-3

I, \_\_\_\_\_ (name as it appears on Credit Card),  
Saya, \_\_\_\_\_ (nama seperti mana tertera di Kad Kredit),

USANA ID: \_\_\_\_\_ (if available), the holder of the following Credit Card:  
ID Pengedar: \_\_\_\_\_ (jika ada), merupakan pemilik Kad Kredit yang berikut:

VISA / MasterCard \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Expiring on:  
Tarikh lupus kad

\_\_\_\_\_

authorise the following / Memberikan kuasa kepada

**USANA Distributor / Pengedar USANA**

Full name: \_\_\_\_\_ Distributor ID: \_\_\_\_\_  
Nama penuh: \_\_\_\_\_ ID Pengedar

to charge the above credit card number for his / her USANA order(s) for his / her Business Centre(s) only.

untuk membuat bayaran menggunakan kad kredit saya seperti mana yang tertera di atas untuk pesanan-pesanan beliau di pusat-pusat Perniagaan beliau sahaja.

**Preferred Customer / Pelanggan Terpilih**

Full name: \_\_\_\_\_ USANA PC No: \_\_\_\_\_  
Nama penuh: \_\_\_\_\_ Nombor Pelanggan Terpilih

to charge the above credit card number for his / her USANA order(s)

untuk membuat bayaran menggunakan kad kredit saya seperti mana yang tertera di atas untuk semua pesanan-pesanan beliau.

I acknowledge that it will be my responsibility to obtain reimbursement (if any) from the Distributor / Preferred Customer for any USANA products ordered by him / her. If the Distributor / Preferred Customer fails or refuses to reimburse me, I understand that I remain primarily responsible for making sure UHS Essential Health (M) Sdn Bhd receives full payment from my credit card (as stated above) company.

Saya faham dengah sepenuhnya bahawa saya bertanggungjawab untuk mendapatkan sebarang bayaran (jika ada) dari Pengedar / Pelanggan Terpilih untuk pesanan produk-produk USANA yang dibuat beliau. Sekiranya Pengedar / Pelanggan Terpilih tersebut gagal untuk mengembalkan bayaran tersebut kepada saya, saya faham bahawa adalah tanggungjawab saya untuk memastikan bahawa UHS Essential Health (M) Sdn Bhd menerima bayaran yang sepenuhnya dari syarikat kad kredit saya (seperti yang tertera di atas).

-----  
Cardholder signature (as on credit card)

Tandatangan pemilik kad (seperti tertera di kad)

-----  
Signature of Distributor / PC

Tandatangan Pengedar / Pelanggan Terpilih

-----  
Date

Tarikh