



DXN BOLIVIA S.R.L

No. 280 Manzana 118 Zona Central Santa Cruz de la Sierra Bolivia.
Telefono: (511) Fax: (511) NIT 180790027

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DISTRIBUIDOR

Nota: Complete el formulario de forma clara y en letra mayuscula. De forma incompleta no sera procesada a tiempo. Asegurese de leer las Normas y regulaciones de Distribuidor de DXN que se encuentran en el dorso antes de firmar este formulario de solicitud. La Compañia solo tramitará la solicitud mediante el pago de cuota de afiliación.

Información Personal

Fecha: _____

Nombres

(1er Apellido)

(2do Apellido)

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento Sexo F M Estado Civil Soltero Casado Viudo

Numero de Contacto (Casa) (Oficina) (Celular) (Direccion Email)

Dirección (Avenida/Calle/Jiron) (N° de Casa)

(Distrito) (Provincia)

(Pais) Codigo Postal

Carnet de Identidad C.I. Nacionalidad

N.I.T.

Favor de proporcionar una copia del N.I.T.

Nombre del Conyuge (Apellidos y Nombres)

Nacimiento del Conyuge (Dia, Mes, Año) DNI N°

Beneficiario (Apellidos y Nombres)

Relación C.I.

Se requiere una copia del C.I. del Conyuge, beneficiario o conviviente

Información del Patrocinador

Nombre del Conyuge (Apellidos y Nombres)

Numero de Contacto (Casa) (Oficina) (Celular) (Direccion Email)

Información para el pago de Bonos

Yo quiero recibir mi DXN BONUS a través de:

Cuenta de Banco Nombre de Banco: Cuenta N°

DXN Filial Bolivia (A través de contra entrega de Productos)

Para el depósito por favor envíenos una copia de su contrato de cuenta bancaria y de Carnet de Identidad

Yo garantizo que he leído y comprendido y que cumplire plenamente las Reglas y Requerimientos de DXN, el Código de Ética de DXN (tal y como esta impreso en la parte dorsal) y el Plan de Marketing de DXN y que he revisado, leído y comprendido el contenido de los mismos que estan compilados en el Starter KIT de DXN. Yo entiendo y acepto que tengo que proporcionar a DXN la factura autorizada de la SIN a fin de recibir la bonificación de DXN. Yo, tambien, doy fe de toda la informacion facilitada en este documento son correctas y verdaderas y autorizo a DXN a declarar nula esta solicitud si se proporciona informacion falsa o engañosa.

Firma del Distribuidor sobre Nombre Impreso _____

Firma del Conyuge sobre Nombre Impreso (de ser el caso) _____

Patrocinador	SC Director/SC Código	SOLO PARA USO DE LA OFICINA	
<p><i>Gloria Beatriz Marañón Rendón</i></p> <p>Firma sobre Nombre Impreso</p>		Fecha de recepción:	Procesado por:
		Recibido por:	Codigo de Distribuidor: