



DXN INTERNATIONAL PERU S.A.C.

Av. Angamos Oeste 547, Miraflores, Lima 18, Perú.
Telephone : (511) 241 7148 Fax : (511) 447 8813 R.U.C. : 20522109178

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DISTRIBUIDOR

Nota: Complete el formulario de forma clara y en letras mayúsculas. De forma incompleta no será procesada a tiempo. Asegúrese de leer la Distribución DXN de las normas y regulaciones que se encuentran al dorso antes de firmar este formulario de solicitud. La Compañía sólo tramitará la solicitud mediante el pago de la cuota de afiliación.

Información Personal

Fecha: _____

Nombres	(1er Apellido) <input type="text"/>	(2do Apellido) <input type="text"/>	(Primer Nombre) <input type="text"/>	(Segundo Nombre) <input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento	(Día, Mes, Año) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Numero de Contacto	(Casa) <input type="text"/>	(Oficina) <input type="text"/>	(Celular) <input type="text"/>	(Dirección E-mail) <input type="text"/>	
Código Postal	(Avenida/Calle/Jirón) <input type="text"/>			(Número de Casa) <input type="text"/>	
DNI No.	(Distrito) <input type="text"/>			(Provincia) <input type="text"/>	
R.U.C.	(País) <input type="text"/>			Código Postal <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
Favor de proporcionar una copia del R.U.C.					
Nombre del Cónyuge	(Apellidos y Nombres) <input type="text"/>				
Nacimiento del Cónyuge	(Día, Mes, Año) <input type="text"/>	DNI No. <input type="text"/>			
Beneficiario	(Apellidos y Nombres) <input type="text"/>				
Relación	(DNI No.) <input type="text"/>				

Se requiere una copia del DNI del Cónyuge, beneficiario o conviviente

Información Del Patrocinador	Código del Patrocinador 180005288
Nombre	(Apellidos y Nombres) Gloria Beatriz Marañón Rendón
Numero de Contacto	(Casa) <input type="text"/> 0052-444-810-0309 (Oficina) <input type="text"/> (Celular) <input type="text"/> (Dirección E-mail) gloriamaranonr@hotmail.com

Información para el pago de Bonus

Yo quiero recibir mi DXN BONUS a través de :

- Cuenta de Banco Nombre de Banco : Cuenta No. :
 Cheque
 DXN Filial Perú (A través de contra entrega de Productos)

Para el depósito: por favor envíenos una copia de su contrato de cuenta bancaria y de identificación.

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

Firma del Distribuidor sobre Nombre Impreso

Firma Del Cónyuge sobre Nombre Impreso (de ser el caso)

Patrocinador <i>Gloria Beatriz Marañón Rendón</i>	SC Director/SC Código <input type="text"/>	SOLO PARA USO OFICIAL	
Gloria Beatriz Marañón Rendón <input type="text"/>	Firma sobre Nombre Impreso <input type="text"/>	Fecha de recepción: <input type="text"/>	Procesado por: <input type="text"/>
		Recibido por: <input type="text"/>	Código de Distribuidor: <input type="text"/>