



# 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)

(2do Apellido)

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento

(Día, Mes, Año)

Sexo ☐ F ☐ M Estado Civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐

Numero de Contacto

(Casa) (Oficina) (Celular) (Dirección E-mail)

Código Postal

(Avenida/Calle/Jirón) (N° de Casa)

(Distrito) (Provincia)

(País)

DNI No.

R.U.C.

Nacionalidad

Código Postal

**Favor de proporcionar una copia del R.U.C.**

Nombre del Cónyuge

(Apellidos y Nombres)

Nacimiento del Cónyuge

(Día, Mes, Año)

DNI No.

Beneficiario

(Apellidos y Nombres)

Relación

DNI No.

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

### Información Del Patrocinador

Código del Patrocinador

Nombre

(Apellidos y Nombres)

(Casa) (Oficina) (Celular) (Dirección E-mail)

Numero de Contacto

00 52-444-810-03 09

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 comprendido 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

SC Director/SC Código

### SOLO PARA USO OFICIAL

Fecha de recepción:

Procesado por:

Recibido por:

Código de Distribuidor:

*Gloria Beatriz Marañón Rendón*

Gloria Beatriz Marañón Rendón  
Firma sobre Nombre Impreso

Firma sobre Nombre Impreso