



DXN BOLIVIA S.R.L.

Avenida Landivar N°432 Barrio Palermo
Santa Cruz de la Sierra – Bolivia
Teléfono: (591) 3122985 NIT: 180790027

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DISTRIBUIDOR

Nota: Complete el formulario de forma clara y en letras mayúsculas. De forma incompleta no será procesada a tiempo.
La Compañía sólo tramitará la solicitud mediante el pago de la cuota de afiliación.

Información Personal

Fecha: _____

Nombres (Primer Nombre) _____
(Segunda Nombre) _____
(Primer Apellido) _____
(Segundo Apellido) _____

Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año) _____ Sexo F M Estado Civil Soltero Casado Viudo

Número de Contacto (Casa) _____ (Oficina) _____ (Celular) _____ (Correo Electrónico) _____

Dirección (Avenida/Calle) _____ (N° de casa) _____
(Ciudad) _____ (Provincia) _____
(País) _____

N° Doc. Identidad _____ Nacionalidad _____ Código Postal _____

N.I.T. _____

Por favor proporcionar una copia de su N.I.T.

Nombre del Esposo (Apellidos y Nombres) _____
(Día / Mes / Año) _____ N° Doc. Identidad _____

Beneficiario (Apellidos y Nombres) _____ N° Doc. Identidad _____

Relación _____

Se requiere una copia del Documento de Identidad del esposo y/o beneficiario

Información del Patrocinador

Nombre (Apellidos y Nombres) ARMANDO DITER MEDINA HUAMAN

Código del Patrocinador (Casa) 360057125 (Celular) 910850301 (Correo Electrónico) dxnsalud.armando@gmail.com

Información para el pago de Bonos

Deseo recibir mis BONOS de DXN a través:

Cuenta Banco Nombre del Banco: _____ Número de Cuenta: _____

Para el depósito: Por favor envía una copia del contrato de su cuenta bancaria y de su carnet de identidad

Yo garantizo que he leído y comprendido y que cumpliré plenamente las Reglas y Reglamentos de DXN, el Código de Ética de DXN 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 SIN 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 el Nombre Impreso

Firma del Esposo sobre Nombre Impreso (de ser el caso)

Patrocinador	Centro de Servicio / Código SC	ONLY FOR USE OF OFFICE	
Firma sobre Nombre Impreso	Firma sobre Nombre Impreso	Reception date:	Processed by:
		Received by:	Distributor code: