



DXN TRADING ECUADOR CIA. LTDA.

Circunvalación Sur 416 Diagonal Ebanos, Urdesa Central - Guayaquil
Teléfono: +593 - (04) 503-1305 RUC: 1792376211001

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DISTRIBUIDOR*

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

Información Personal

Fecha: _____

(1er Apellido) _____
 Nombres _____
 (2do Apellido) _____
 (Primer Nombre) _____
 (Segundo Nombre) _____
 (Día, Mes, Año) _____
 Fecha de Nacimiento Sexo F M Estado Civil Soltero Casado Viudo
 (Casa) (Oficina) (Celular) (Dirección Email)
 Número de Contacto _____
 (Avenida/Calle/Cdta.) (N° de Casa)
 Dirección _____
 (Cantón) (Departamento)
 (País) _____
 Cédula N° _____ Código Postal _____
 R.U.C. _____

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

(Apellidos y Nombres) _____
 Nombre del Conyuge _____
 (Día, Mes, Año) _____
 Nacimiento del Conyuge Cédula N° _____
 (Apellidos y Nombres) _____
 Beneficiario _____
 Relación _____ Cédula _____
 Se requiere una copia de la cédula del Conyuge, beneficiario o conviviente

Información del Patrocinador

(Apellidos y Nombres) _____
 Nombre del Patrocinador **ARMANDO MEDINA HUAMAN 360057125**
 (Casa) (Oficina) (Celular) (Dirección Email)
 Numero de Contacto _____ **910850301** **dxnsalud.armando@gmail.com**

Información para el pago de Bonos

Yo quiero recibir mi DXN BONUS a través de:

Cuenta de Banco Nombre de Banco: _____ Cuenta N° _____
 Cheque
 DXN Filial Ecuador (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 cumpliré plenamente las Reglas y Requerimientos de DXN, el Código de Ética de DXN (tal y como está 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 por el SRI 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 Conyuge sobre Nombre Impreso (de ser el caso)

Patrocinador	SC Director/SC Código	SOLO PARA USO DE LA OFICINA	
		Fecha de recepción:	Procesado por:
Firma sobre Nombre Impreso	Firma sobre Nombre Impreso	Recibido por:	Código de Distribuidor: