



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

Número de Contacto

(Casa) (Oficina) (Celular) (Dirección Email)

Dirección

(Avenida/Calle/Cdta.) (N° de Casa)

(Cantón) (Departamento)

(País)

Cédula N°

R.U.C. Nacionalidad

Código Postal

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	
Firma sobre Nombre Impreso	Firma sobre Nombre Impreso	Fecha de recepción:	Procesado por:
		Recibido por:	Código de Distribuidor: