DXN INTERNATIONAL PERU S.A.C.

Av. Angamos Oeste 547, Miraflores, Lima 18, Perú.
Teléfonos: (511) 241 7148/ 444 2844/ 447 7339 **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.
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. Código Postal

R.U.C. Nacionalidad

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 3 6 0 0 5 7 1 2 5

Nombre *(Apellidos y Nombres)* A R M A N D O M E D I N A H U A M A N

Numero de Contacto *(Casa)* *(Oficina)* *(Celular)* 910850301 *(Dirección E-mail)* dxnsalud.armando@gmail.com

Información para el pago de Bonos

Yo quiero recibir mi DXN BONOS 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 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 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	
Firma sobre Nombre Impreso	Firma sobre Nombre Impreso	Fecha de recepción:	Procesado por:
		Recibido por:	Código de Distribuidor: