



# 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 \_\_\_\_\_

**Nombre** (Apellidos y Nombres) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Numero de Contacto** (Casa) \_\_\_\_\_ (Oficina) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Dirección E-mail) \_\_\_\_\_

### 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	<b>SOLO PARA USO OFICIAL</b>	
Firma sobre Nombre Impreso	Firma sobre Nombre Impreso	Fecha de recepción:	Procesado por:
		Recibido por:	Código de Distribuidor: