



# DXN BOLIVIA S.R.L

No. 280 Manzana 118 Zona Central Santa Cruz de la Sierra Bolivia.  
 Telefono: (511) Fax: (511) NIT 180790027

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DISTRIBUIDOR

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

**Información Personal** Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombres**  
 (1er Apellido) \_\_\_\_\_  
 (2do Apellido) \_\_\_\_\_  
 (Primer Nombre) \_\_\_\_\_  
 (Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ Sexo  F  M Estado Civil Soltero  Casado   
 Viudo

**Numero de Contacto**  
 (Casa) \_\_\_\_\_ (Oficina) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Direccion Email) \_\_\_\_\_

**Dirección**  
 (Avenida/Calle/Jiron) \_\_\_\_\_ (N° de Casa) \_\_\_\_\_  
 (Distrito) \_\_\_\_\_ (Provincia) \_\_\_\_\_  
 (Pais) \_\_\_\_\_

**Carnet de Identidad C.I** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal** \_\_\_\_\_  
**N.I.T.** \_\_\_\_\_ **Nacionalidad** \_\_\_\_\_

**Favor de proporcionar una copia del N.I.T.**

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

**Nacimiento del Conyuge** \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

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

**Relación** \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_  
*Se requiere una copia del C.I. del Conyuge, beneficiario o conviviente*

**Información del Patrocinador**

**Nombre del Conyuge**  
 (Apellidos y Nombres) D I A L I T A P E R A I L T A P A L I M A

**Numero de Contacto**  
 (Casa) \_\_\_\_\_ (Oficina) 0052 744 249 83 46 (Celular) \_\_\_\_\_ (Direccion Email) cafe\_saludable@hotmail.com

**Información para el pago de Bonos**

Yo quiero recibir mi DXN BONUS a través de:

Cuenta de Banco  DNX Filial Bolivia (A través de contra entrega de Productos)

Nombre de Banco: \_\_\_\_\_ Cuenta N° \_\_\_\_\_

**Para el depósito por favor envíenos una copia de su contrato de cuenta bancaria y de Carnet de Identidad**

Yo garantizo que he leído y comprendido y que cumplire plenamente las Reglas y Requerimientos de DXN, el Código de Ética de DXN (tal y como esta 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 estan 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, tambien, doy fe de toda la informacion 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	<b>SOLO PARA USO DE LA OFICINA</b>	
		Fecha de recepción:	Procesado por:
Firma sobre Nombre Impreso		Recibido por:	Codigo de Distribuidor: