



SOLICITUD DE REGISTRO DE DISTRIBUIDOR



DXN Internacional SPAIN S.L.U.

C/ QUINTANA 3 28008 MADRID (ESPAÑA)

TEL: 0034 917 589 950

e-mail: infospain@dxn2u.com

Aviso: Lea las Reglas y Regulaciones de DXN antes de cumplimentar esta solicitud. Rellene los campos marcados con asterisco.

SOLICITANTE

NOMBRE:* _____
APELLIDOS:* _____
D.N.I./T.I.* _____ HOMBRE MUJER
PASAPORTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO:* _____
DIRECCIÓN:* _____
CÓDIGO POSTAL:* _____ PAÍS:* _____ REGIÓN:* _____
TELÉFONO FIJO:* _____ TELÉFONO MÓVIL: _____
DIRECCIÓN E-MAIL:* _____
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: _____
TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: _____

ESPOSO/A

NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____
D.N.I./T.I.: _____ HOMBRE MUJER
PASAPORTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
¿Ha sido usted o su esposa registrado anteriormente como miembro? SI NO Código anterior: _____

BENEFICIARIO

NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____
D.N.I./T.I.: _____ HOMBRE MUJER
PASAPORTE: _____ PARENTESCO: _____

ESPONSOR

NOMBRE: _____
CÓDIGO DEL ESPONSOR: _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE Y FIRMA

- 1 Declaro que todos los datos proporcionados son correctos. Si hubiera alguna información en falso la empresa se reserva el derecho de anular esta solicitud sin previo aviso.
- 2 Confirmando que ni mi esposo/a ni yo hemos sido activos durante los últimos 12 meses consecutivos, ni nos hemos unido a DXN al tiempo de esta solicitud.
- 3 Entiendo que seré un distribuidor de DXN válido tras la aceptación de esta solicitud.
- 4 He leído y estoy de acuerdo con las Reglas y Regulaciones de la empresa.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA: _____

PARA USO DE LA OFICINA

FECHA

RECIBIDO POR

PROCESADO POR

Nº MIEMBRO