

DXN MÉXICO

LA CALLE DE LONDRES No. 47, COL. JUAREZ. C.P. 06600
TEL (555) 207-6228 • FAX (555) 207-6229
www.dxnmxico.com



SOLICITUD DEL CENTRO DE SERVICIO

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE:

NÚMERO DE MEMBRESÍA: ESTATUS: SA SR SP SD

DIRECCIÓN:

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO DE TELÉFONO:

NÚMERO DE FAX:

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO:

DD MM AA F M

II. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SERVICIO

DIRECCIÓN:

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO DE TELEFONO:

NÚMERO DE FAX:

SUPERFICIE TOTAL: m² ÁREA DE VENTA: m²

ÁREA DE FORMACION/JUNTA: m² OTRAS INSTALACIONES:

DISTANCIA AL CENTRO DE SERVICIO MAS CERCANA: km

Yo, _____, número de membresía: _____, residiendo en la dirección indicada anteriormente, demuestro mi interés en solicitar para un Centro de Servicio en la dirección o territorio indicado anteriormente. Juro proseguir y mantener los reglamentos indicados en *Políticas y Procedimientos* de la Compañía en la Venta, Operaciones y Contratación, los reglamentos del Centro de Servicio y el *Código de Conducta* del Distribuidor de DXN. Afirmo que las informaciones indicadas anteriormente provenientes de mi parte son verdaderas y correctas. Y que la Compañía tiene el derecho de desaprobar mi solicitud por cualquier representación inapropiada y / o anular mi Contrato con el Centro de Servicio por cualquier violación sobre las políticas, reglamentos y regulaciones mencionadas anteriormente, cometidas por la persona que lo firma.

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA RECOMENDADO POR: _____

PARA EL USO DE LA DIRECCIÓN
(NO COMPLETAR)

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

SOLICITUD PROCESADA Y VERIFICADA POR: _____
NOMBRE FIMA

SOLICITUD APROBADA POR: _____
NOMBRE FIMA