



SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE MEMBRESÍA

(Distributorship Data Update Request Form)

Por favor complete todos los campos. El formulario incompleto no será procesado

Ver: HQIT004

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE / (Requester Details)

Nombre del Solicitante -EN CAMPO DE LETRAS/ (Requester Name)

Numero de Membresía / (Membership Code):

2. TIPO DE SOLICITUD (Type of Request)

☐

Información de Membresía (Distributor Data)

Nombre (Name): Fecha de Nacimiento (Date of Birth): (DD/MM/YY)

Sexo/(Gender): Hombre (Male) Mujer (Female) Lugar de Nacimiento (Place of Birth):

CUIT: No. de DNI:

☐

Información de Contacto / (Contact Information)

Dirección de Envío (Domicilio y Número) / Address (Street and Number):

Ciudad y Provincia / (City & Province): Código Postal / (Postcode):

Localidad: País/ (Country): Argentina No. de Teléfono / (Phone No.):

Correo Electrónico/ (Email Add.): Teléfono Celular / (Mobile Phone No.):

Motivo del cambio de dirección / (Motive for change of address):

* Notas Importantes

1. En el caso de que un Distribuidor solicite cambiar su País Y Dirección,

(i) el Distribuidor debe presentar una copia del permiso de residencia / permiso de trabajo válido;

(ii) dicho Distribuidor deberá reclamar su bono en el país donde se generó.

2. La aprobación previa debe obtenerse del Director de Marketing Internacional / Director de Marketing / Presidente Regional del País existente para el cambio de dirección a otro país.

☐

Esposo (a) / (Husband/Spouse) (*Adjuntar Acta de Matrimonio / Attach Marriage Certificate)

Nombre Completo / (Name):

DNI: Fecha de Nacimiento: (Date of Birth) (DD/MM/YY)

☐

Beneficiario / (Beneficiary)

Nombre Completo / (Name):

Esposo/ (Husband) Esposa/ (Wife) Otro/ (Other):

☐

Cuenta Bancaria/ (Bank Account)

Titular de la Cuenta / (Account Holder Name):

Banco/(Bank): No. de CBU / (CBU No.): No. de Cuenta/ (Account No.):

FAVOR DE INDICAR QUE DATOS DESEA ACTUALIZAR (ej Nombre, DNI, CUIT, etc)/ (PLEASE INDICATE DATA YOU WANT TO UPDATE)

DECLARACIÓN / (Declaration)

a. Por la presente, me comprometo a que he obtenido el permiso de residencia o permiso de trabajo válido de la autoridad pertinente del país a donde me gustaría cambiar mi dirección. La copia del permiso de residencia o permiso de trabajo se adjunta aquí.

b. Por la presente, solicito que mis datos personales retenidos por DXN puedan ser modificados, modificados y / o eliminados como se indica en este formulario.

c. Por la presente, confirmo que los datos personales proporcionados en la parte superior son verdaderos y correctos.

d. Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo totalmente a DXN para que maneje y procese mis datos personales divulgados por mí o que esté disponible en DXN de acuerdo con la Política de Privacidad de DXN / Aviso de Privacidad (www.dxn2ulatam.com/business/)

e. Acepto y reconozco de manera irrevocable que DXN tiene el derecho absoluto de transferir / revertir la petición/pago de bonos y/o comisiones devueltas al país de origen que DXN considere apropiado sin previo aviso o razón.

Firma de Solicitante / (Signature): Fecha/ (Date):

-Una vez lleno el formulario, imprimir y firmar. Enviar vía correo electrónico a contacto.arg@dxn2u.com

-Adjuntar copia de Identificación Oficial (DNI), comprobante de domicilio u otro documento que se requiera para poder procesar su solicitud

SOLO PARA USO DE SUCURSAL/ (For Branch use only)

Endorsed by:
Name:
Position:
Date:

5. PARA EL USO DEL GIT (For GIT use only)

Checked / updated by:
Officer's name:
Position:
Date: