FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE MEMBRESÍA

Por favor complete todos los campos. El formulario incompleto no será procesado. *Ver: HQIT 004*

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (en campo de letras)

Código

2. TIPO DE SOLICITUD

☐ **Información de membresía**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

DNI : _____ (DD/MM/YY)

☐ **Información de contacto ***

RUC : **(DE CONTAR CON RUC)**

Dirección : _____

Código postal : _____ Ciudad : _____ Departamento : _____

País : _____ Correo Electrónico : _____

Teléfono : _____ Celular : _____

Motivo del cambio de dirección: _____

** **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)**

Nombre: _____ DNI: _____

** Adjuntar partida de matrimonio*

☐ **Beneficiario**

Nombre: _____ DNI: _____

Parentesco: _____

☐ **Cuenta bancaria**

Titular de la cuenta: _____ Número de cuenta : _____

Banco : _____

Cuenta de detracción: _____

☐ **Otros *(especificar)***

_____

DECLARACIÓN

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.

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 del solicitante : _____ Fecha : _____

4. SOLO PARA USO DE SUCURSAL

Endorsed by : _____

Name :

Position :

Date :

5. PARA EL USO DEL GIT

Checked/updated by : _____

Officer's Name :

Position :

Date :

*** ADJUNTAR COPIA DEL DNI (titular del código, esposo (a) y/o beneficiario)**