



## DXN BOLIVIA S.R.L.

Barrio Palermo Avenida Landívar Nro. 432 Santa  
Cruz de la Sierra Bolivia  
NIT 180790027  
Telf. 591- 3-3122985

### SOLICITUD DE CENTRO DE SERVICIO (Para ser enviada a DXN BOLIVIA S.R.L.)

#### I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre:

Número de Membresía:  Estatus: ☐ DD ☐ TD ☐ GD ☐ CD ☐ CA ☐

Código Postal:  Distrito/Provincia:

Dirección:

Número Telefónico:  Fax:

Fecha de Nacimiento:  (Día)  (Mes)  (Año) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nacionalidad:  NIT:  CI:

Correo Electrónico:  Ocupación:

#### II. INFORMACIÓN DEL ESPOSO (A)

Nombre:

CI:  Fecha de Nacimiento:  (Día)  (Mes)  (Año)

Nacionalidad:  Ocupación:

#### III. INFORMACIÓN DE LA UBICACIÓN DEL CENTRO DE SERVICIO

Dirección:

Código Postal:  Distrito/Provincia:

No. Tel.:  Fax:  Cel.:

Área del Centro de Servicio Total:  m<sup>2</sup> Área de ventas:  m<sup>2</sup> Área de entrenamiento:  m<sup>2</sup>

Otras Instalaciones:  Distancia del Centro de Servicio más Cercano:  km

Monto de la compra inicial:  Bs./500.000 Fecha de Facturación:  /  /

#### IV. RECOMENDADO POR:

Nombre:

Número de Membresía:  Estatus: ☐ EDD ☐ TD ☐ GD ☐ CD ☐ CA ☐

Dirección:

Código Postal:  Distrito/Provincia:

No. Tel.:  Fax:  Cel.:

Yo, \_\_\_\_\_, con número de membresía: \_\_\_\_\_, residiendo en la dirección indicada anteriormente, demuestro mi interés en solicitar un Centro de Servicio en la dirección mencionada anteriormente. Juro seguir y cumplir las Políticas y Procedimientos de la Compañía en Ventas, Operaciones y Reclutamiento, Contrato de Operaciones de Centros de Servicio, Deberes de los Centros de Servicio, Normas y Reglamentos y el Código de Conducta del Distribuidor de DXN. Yo declaro que la información que he proporcionado anteriormente es verdadera, correcta y es de mi conocimiento. Tengo conocimiento que la Compañía reserve a el derecho a desaprobar mi solicitud por cualquier representación inapropiada y/o anular mi contrato de Centro de Servicio por cualquier violación a las Políticas, Normas y Reglas de la Compañía cometidas por la persona que lo firma. Todas las solicitudes serán sujetas a la inspección previa a la aprobación. La compañía reserva el derecho a desaprobar la solicitud, si lo considera necesario sin ninguna obligación de proporcionar razones por dicha decisión. La solicitud de Centro de Servicio firmada y Contrato de Operaciones de Centros de Servicio debe ser completada y enviada a la Compañía con los documentos relevantes solicitados.

Recomendado por: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante/Fecha

Firma/Fecha

#### PARA USO DE LA DIRECCIÓN (No completar)

Fecha de la Entrevista:  Período de Prueba: ☐ 3 meses ☐ 6 meses

Recomendado para Aprobación por:

Aprobado por:



**DXN BOLIVIA  
S.R.L.**

Barrio Palermo Avenida Landívar Nro. 432 Santa  
Cruz de la Sierra Bolivia  
NIT 180790027  
Telf. 591- 3-3122985

**MAPA DE UBICACIÓN**

Por favor haga un bosquejo de la ubicación del Centro de Servicio haciendo referencia a:

Avenida, Calle, Área Cubierta – Distrito, Provincia

Señales (Por.ejemplo: Iglesias, Edificios, Negocios Establecidos, Bancos, Escuelas, etc.)



## **DXN BOLIVIA S.R.L.**

Barrio Palermo Avenida Landívar Nro. 432 Santa

Cruz de la Sierra Bolivia

NIT- 180790027

Telf. 591- 3-3122985

### **CUESTIONARIO DE CENTRO DE SERVICIO**

Solicitante: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas, las cuales son muy relevantes para su éxito como un Director de Centro de Servicio de DXN:

1. ¿Cuál es su objetivo principal al aplicar como un Director de Centro de Servicio?

---

---

2. ¿Basado en su experiencia como distribuidor de DXN, que sugiere que debería hacer un Director de Centro de Servicio para que el negocio crezca en el área?

---

---

3. ¿Cuánto está usted dispuesto a invertir como capital adicional, en caso de ser necesario debido al aumento de los distribuidores que compran en el centro? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es el apoyo en específico que le prometió el Líder de DXN que lo convenció de establecer un Centro de Servicio?

---

---

Por favor especifique el nombre y el estatus.

<b>Nombre</b>	<b>Estatus</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

5. ¿Qué apoyo considera usted que necesitará de la Compañía para el desarrollo del negocio en el área?

---

---