



MR

DXN MEXICO S.A. de C.V.  
Londres 47 PB, Piso 1 y Piso 4, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, CP 06600, Ciudad de México, México  
Tel: (55) 5207-6244 / (55) 5207-6228 Fax: (55) 5207-6229

## Formulario de Membresía del Distribuidor Independiente

\_\_\_\_\_  
Número del Distribuidor Independiente

### 1. Información del Solicitante

|                                                                                                                            |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| _____<br>Nombre completo (Nombre(s), Apellido(s))                                                                          |                                                          |
| _____<br>RFC (Registro Federal de Contribuyente)<br>(Información Requerida para calificar como Distribuidor Independiente) | _____/_____/_____<br>Fecha de Nacimiento<br>(dd/mm/aaaa) |
| _____<br>CURP (Clave Única de Registro de Población)                                                                       |                                                          |
| _____<br>Dirección de Envío                                                                                                |                                                          |
| _____<br>Colonia                                                                                                           | _____<br>Código Postal                                   |
| _____<br>Ciudad y Estado                                                                                                   | _____<br>País                                            |
| _____<br>Número de Teléfono                                                                                                | _____<br>Teléfono Celular                                |
| _____<br>Correo Electrónico                                                                                                |                                                          |

### 2. Información del Patrocinador

|                         |                                           |
|-------------------------|-------------------------------------------|
| 1 8 0 0 7 4 9 0 8       | T A N I A G U E R R E R O M A R T I N E Z |
| Número del Patrocinador | Nombre del Patrocinador                   |

### 3. Información del Co-aplicante (Esposo (a))

|                                                                                                                            |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____<br>Nombre Completo (Nombre(s), Apellido(s))                                                                          |                                                                                                                             |
| _____<br>RFC (Registro Federal de Contribuyente)<br>(Información Requerida para calificar como Distribuidor Independiente) | <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa<br>_____/_____/_____<br>Fecha de Nacimiento<br>(dd/mm/aaaa) |

### 4. Información del Beneficiario

|                                                                                               |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| _____<br>Nombre Completo (Nombre(s), Apellido(s))                                             |                      |
| <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Otro | _____<br>Especificar |

### 5. Contrato

Al firmar, el Distribuidor Independiente acepta expresamente, bajo su condición convenida de Distribuidor Independiente de Ventas (en adelante "Distribuidor Independiente"), bajo afiliación indefinida y revocable, las políticas internas, procedimientos, términos y condiciones de DXN México, S.A. de C.V., (en adelante "DXN") mismas que expresamente acepta conocer y aceptar como vinculantes y obligatorias. El Distribuidor acepta expresamente prestará sus servicios de distribución independiente en forma exclusiva a favor de DXN en toda la República Mexicana, bajo pena de terminación de afiliación y a consideración de DXN. Asimismo, el Distribuidor Independiente se obliga a mantener confidencial toda información relacionada con la distribución exclusiva e independiente relacionada con DXN, incluyendo de forma enunciativa más no limitativa: precios, productos, patentes, afiliados, clientes, proveedores, sistemas, eventos, etc., en tanto que se encuentran protegidos por las leyes aplicables en la materia.

</