



DXN INTERNATIONAL PERU S.A.C.
 Av. Angamos Oeste 547, Miraflores, Lima 18, Perú.
 Tel: (511) 241 7148
 Fax: (511) 447 8813

SOLICITUD DE CENTRO DE SERVICIO
 (Para ser enviada al DXN Peru)

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre:

Número de Membresía: Estatus: SA SR SD SSD TD

Código Postal: Distrito/Provincia:

Dirección:

Número Telefónico: Fax

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

Nacionalidad: _____ RUC: DNI:

Correo Electrónico: _____ Ocupación: _____

II. INFORMACIÓN DEL ESPOSO (A)

Nombre:

DNI: Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad: _____ Occupation: _____ (Día) (Mes) (Año)

III. INFORMACIÓN DE LA UBICACIÓN DEL CENTRO DE SERVICIO

Dirección:

Código Postal: Distrito/Provincia:

No. Tel.: Fax: Cel:

Área del Centro de Servicio Total: _____ m² Área de ventas: _____ m² Área de entrenamiento: _____ m²

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

Monto de la compra inicial: S/. _____ Fecha de Facturación: _____ / _____ / _____

IV. RECOMENDADO POR:

Nombre:

Número de Membresía: Estatus: SA SR SD ESD SSD

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 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 INTERNATIONAL PERU S.A.C.
Av. Angamos Oeste 547, Miraflores, Lima 18, Perú.
Tel: (511) 241 7148
Fax: (511) 447 8813

MAPA DE UBICACION

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

Avenida, Calle, Jiron

Área Cubierta – Distrito, Provincia

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

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the user to draw a sketch of the service center's location.



DXN INTERNATIONAL PERU S.A.C.

Av. Angamos Oeste 547, Miraflores, Lima 18, Perú.

Tel: (511) 241 7148

Fax: (511) 447 8813

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.

	Nombre	Estatus
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

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

