บริษัท ดีเอ็กซ์เอ็น อินเตอร์เนชั่นแนล (ประเทศไทย) จำกัด

DXN INTERNATIONAL (Thailand) CO.,LTD.

54 อาคารบีบี ชั้น 12 ห้อง 1202 ถ.สุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทร. 0-2204-0154-8 แฟกซ์. 0-2204-0159
54 BB Building 1202 Room, 12 floor, Sukhumvit Road 21(Asoke) Klongtoey Neur Wattana Bangkok 10110 Tel. 0-2204-0154-8 Fax. 0-2204-0159

ใบสมัครสมาชิก
DISTRIBUTOR APPLICATION FORM

CODE No : 2371536
C/B :

กรุณาอ่านกฎระเบียบ และข้อบังคับ ก่อนทำการกรอกข้อมูลในใบสมัคร *Please read DXN Rules and Regulations before completing this form.*

รายละเอียดผู้สมัคร APPLICANT'S PARTICULAR

ชื่อผู้สมัคร : นาย/นาง/นางสาว _____
NAME : MR./MRS./MS. _____

เพศ : SEX ☐ ชาย MALE ☐ หญิง FEMALE

หมายเลขบัตรประจำตัว : ID. No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ หมายเลขหนังสือเดินทาง : PASSPORT No. _____

วันเดือนปีเกิด : DATE OF BIRTH ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (D D - M M - Y Y Y Y) ระบุปี คริสต์ศักราช โดยใช้ปี พ.ศ. - 543

ชื่อคู่สมรส นาย/นาง/นางสาว _____
Spouse's Name MR./MS./MRS. _____

หมายเลขบัตรประจำตัว : ID. No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ หมายเลขหนังสือเดินทาง : PASSPORT No. _____

วันเดือนปีเกิด : DATE OF BIRTH ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (D D - M M - Y Y Y Y) ระบุปี คริสต์ศักราช โดยใช้ปี พ.ศ. - 543

บ้านเลขที่ : ADDRESS _____

จังหวัด : CITY _____ รหัสไปรษณีย์ : POST CODE _____ ประเทศ : COUNTRY _____

สัญชาติ : NATIONALITY _____ E - MAIL : _____

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน : TEL. (HOME) _____ สำนักงาน : TEL. (OFFICE) _____ มือถือ : TEL. (MOBILE) _____

บัญชีธนาคาร : BANK _____ ชื่อเจ้าของบัญชี : ACCOUNT NAME _____

หมายเลขบัญชี : ACCOUNT No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สาขา : BRANCH _____

รายละเอียดผู้แนะนำ SPONSOR'S PARTICULAR

ชื่อผู้แนะนำ : SPONSOR NAME _____ รหัสผู้แนะนำ : SPONSOR CODE _____

รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ BENEFICIARY'S PARTICULAR

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ : BENEFICIARY NAME _____ ความสัมพันธ์ : Relationship _____

หมายเลขบัตรประจำตัว : ID. No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ หมายเลขหนังสือเดินทาง : PASSPORT No. _____

ลงชื่อผู้สมัคร MEMBER'S SIGNATURE

โปรดอ่านกฎระเบียบ และข้อบังคับ ก่อนทำการลงชื่อยอมรับข้อตกลงการเป็นสมาชิกในใบสมัคร
Please read terms and conditions overleaf before this declaration.

ลายมือชื่อผู้สมัคร
SIGNATURE OF APPLICANT

วันที่ DATE ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (D D - M M - Y Y Y Y)

ประทับตราศูนย์บริการ
SERVICE CENTRE

วันที่ DATE ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (D D - M M - Y Y Y Y)

สำหรับบริษัทเท่านั้น FOR OFFICE USE ONLY

รับโดย : RECEIVED BY _____

วันที่ DATE ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (D D - M M - Y Y Y Y)

ผู้มีอำนาจลงนาม : AUTHORIZED SIGNATURE _____

วันที่ DATE ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (D D - M M - Y Y Y Y)

ต้นฉบับส่งคืนบริษัท
MASTER FOR COMPANY