



**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN
DE LOS DATOS PERSONALES DEL MIEMBRO /
MEMBERSHIP DATA UPDATE REQUEST FORM**



ver: HQIT 001

DATOS DEL SOLICITANTE / Requester Details

NOMBRE DEL SOLICITANTE / Name:

A	N	G	E	L	A	M	A	R	I	A										
M	A	Z	O	N	M	U	Ñ	O	Z											

CÓDIGO / Code:

6	8	0	0	0	0	8	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

DATOS DEL MIEMBRO / Membership Data

NOMBRE / Name:* _____
 APELLIDOS / Surname:* _____
 D.N.I./T.I / ID* _____ HOMBRE / Male MUJER / Female
 PASAPORTE / Passport: _____ FECHA DE NACIMIENTO / Date of Birth:* _____
 DIRECCIÓN / Adress:* _____
 CÓDIGO POSTAL / Postal Code:* _____ PAÍS / Country:* _____ REGIÓN / State:* _____
 TELÉFONO FIJO / Tel (Res):* _____ TELÉFONO MÓVIL / Mobile Phone: _____
 DIRECCIÓN E-MAIL / Email adress:* **angelamazondxn123@gmail.com**
 NÚMERO DE CUENTA BANCARIA / Bank Account Number: _____
 TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA / Account Holder: _____

DATOS DEL ESPOSO/A / Spouse Details

NOMBRE / Name: _____
 APELLIDOS / Surname: _____
 D.N.I./T.I / ID: _____ HOMBRE / Male MUJER / Female
 PASAPORTE / Passport: _____ FECHA DE NACIMIENTO / Date of Birth: _____
 ¿Ha sido usted o su esposa registrado anteriormente como miembro? / Have you been registered previously as a member? SI / Yes NO / No
 Código anterior / Previous Code: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO / Beneficiary Details


NOMBRE / Name: _____
 APELLIDOS / Surname: _____
 D.N.I./T.I / ID: _____ HOMBRE / Male MUJER / Female
 PASAPORTE / Passport: _____ PARENTESCO / Relationship: _____

CUENTA BANCARIA / Bank Account

TITULAR / Account Holder: _____ Nº CUENTA / Account Number: _____
 NOMBRE DEL BANCO / Bank Name: _____ CÓDIGO DE LA OFICINA BANCARIA / Bank Office code: _____
 CÓDIGO IBAN / IBAN Code: _____ CÓDIGO SWIFT / Swift Code: _____

OTROS / Others

-Por la presente declaro que mis datos personales facilitados inicialmente a DXN serán modificados o eliminados tal y como indico en esta solicitud / I hereby request that my personal data being held by DXN be changed and/or deleted as indicated in this form.
 -Por la presente declaro que los datos personales facilitados en la parte superior son ciertos / I hereby agree that the personal data given above (if any) are true.
 -Por la presente declaro mi conformidad para que DXN procese mis datos personales en concordancia con la Política de Privacidad de DXN / I hereby give my free and absolute consent to DXN to handle/process my personal data disclosed by me personally in accordance with the DXN Privacy Policy.

Firma del solicitante / Signature of requester: 

Nombre / Name: **ANGELA MARIA MAZON MUÑOZ** Fecha / Date: **17/05/2017**

PARA USO DE LA OFICINA / For Branch Use

Recibido por / Endorsed by:
 Nombre / Name:
 Posición / Position:
 Fecha / Date:

PARA USO DEL GIT / For GIT Use

Revisado/Actualizado por / Checked / Updated by:
 Nombre del encargado / Officer Name:
 Posición / Position:
 Fecha / Date: