|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO. 1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **CÓDIGO: C.F.A.C.P 002** | |  |  |  |  |  |  |
| **SOLICITUD DE CRÉDITO** | |  |  |  |  |  |  |
| **VERSIÓN:4** | |
|  | | | | | | | |
|  |  |  | CÓDIGO |  | FECHA |  |  |
| **INFORMACIÓN DE LA EMPRESA** | | |  |  |  |  |  |
| Razón social |  |  |  |  | RUC |  |  |
| Dirección |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono |  |  | e-mail |  |  |  |  |
| Ciudad |  |  | Sector |  | Celular |  |  |
| **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | |  |  |  |  |  |
| Nombre |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono |  |  | e-mail |  |  |  |  |
| Ciudad |  |  | Sector |  | Celular |  |  |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** | |  |  |  |  |  |  |
| Local propio | Si |  | No |  |  |  |  |
| Permanencia (meses) | |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del dueño del local | |  |  |  |  |  |  |
| (en caso de marcar No) | |  |  |  |  |  |  |
| Encargado de compras | |  |  |  | Teléfono |  |  |
|  | Celular |  |  |  |  | Extensión: |  |
| Encargado de pagos | |  |  |  | Teléfono |  |  |
|  | Celular |  |  |  |  | Extensión: |  |
| Referencias comerciales y bancarias | | |  |  |  |  |  |
| **EMPRESA** | **CIUDAD** | | **TELÉFONO** | **PLAZO DE CRÉDITO** | | **CONSUMO MENSUAL** | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
| **BANCO** | **CORRIENTE O AHORRO** | | **CTA NO** | **ANTIGÜEDAD** | | **A NOMBRE DE** | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
| Autorizo a DISFASUR S.A. el verificar, por medio de su departamento de crédito o empresas especializadas en dicho servicio, | | | | | | | |
| los datos en esta solicitud. | |  |  |  |  |  |  |
| En el momento que la compañía decida otorgarme crédito, me responsabilizo íntegramente por la cancelación de la deuda | | | | | | | |
| en los plazos y montos específicos en la factura, en caso de incumplir el pago en la fecha máxima establecida en su factura, el | | | | | | | |
| valor adeudado podrá ser registrado en el sistema compartido de información de crédito o en los diferentes Buros de Crédito | | | | | | | |
| legalmente autorizado por el organismo competente. | | | | | | | |
| Dejo constancia que la firma de un dependiente o empleado en la recepción de los pedidos, implica que dicha persona está | | | | | | | |
| autorizada y me compromete y obliga a la cancelación de las facturas. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Departamento Legal | | |  | Firma del Representante Legal | | |
| **Requisitos del Crédito:** | |  |  |  |  |  |  |
| 1 copia de cédula y certificado de votación del Representante Legal | | | | |  |  |  |
| 1 copia RUC actualizado | |  |  |  |  |  |  |
| 1 copia actualizada del Permiso de Funcionamiento de la Dirección Provincial de Salud o ARCSA. | | | | | | |  |