

ANEXO. 1

CÓDIGO: C.F.A.C.P 002
SOLICITUD DE CRÉDITO
VERSIÓN:5

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 expresamente a DISFASUR S.A. a verificar, por medio de su departamento de crédito, que en cualquier momento pueda consultar, transferir o entregar información a Buros de Crédito y central de riesgo de mis referencias personales, así como de mi representada.

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.