

ANEXO. 1
CÓDIGO: C.F.A.C.P 002
SOLICITUD DE CRÉDITO
VERSIÓN:5

CÓDIGO

FECHA

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón social

Dirección

Teléfono

Ciudad

RUC

e-mail

Sector

Celular

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre

Dirección

Teléfono

Ciudad

e-mail

Sector

Celular

INFORMACIÓN ADICIONAL

Local propio

Permanencia (meses)

Nombre del dueño del local
(en caso de marcar No)

Encargado de compras

Encargado de pagos

Referencias comerciales y bancarias

Si

No

Teléfono

Extensión:

Celular

Teléfono

Extensión:

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 Bueros 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 Bueros 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 comprometo 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.