|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Servicios de Administración de Cobranzas Empresariales  RIF: J-31294846-9 Solicitud de afiliación | | | | |
| **INFORMACIÓN DE la empresa** | | | | |
| Razón Social: | | | RIF: | |
| Nombre Comercial: | | | | |
| Tiempo de constitución: | Número de Empleados: | | | Número de Sucursales: |
| Dirección Fiscal: | | | | |
| Dirección de envío de correspondencia: | | | | |
| Teléfonos Oficina: | Fax: | | Email: | |
| Página Web: | Facebook: | | Twitter: | |
| **representante legal de la empresa** | | | | |
| Nombre: | | Cédula: | | Teléfono Móvil: |
| Teléfono Oficina: | | Email: | | Twitter: |
| **REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO**  **(PRINCIPAL CONTACTO CON SERVIACE)** | | | | |
| Nombre: | | Cédula: | | Teléfono Móvil: |
| Teléfono Oficina: | | Email: | | Twitter: |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD COMERCIAL** | | | | |
| Actividad Comercial: | | | | |
| Posee Tienda (Si/No): | Modalidad de venta (Tienda / Vendedores / Mixto): | | | |
| Área de Acción (Estados donde desarrollará su actividad): | | | | |
| ¿Ha vendido a crédito anteriormente? (Si / No):  (Si su respuesta fue “Si”, explique brevemente): | | | | |
| Categoría de Comercio (Mayorista / Distribuidor / Independiente): | Posee almacén (Si / No): | | Tamaño almacén (mts2): | |
| Productos y/o Servicios Comercializados (Explique detalladamente): | | | | |
| **INFORMACIÓN FINANCIERA** | | | | |
| Capital registrado de la empresa: | | | | |
| Capital aproximado a invertir en la venta a crédito durante el primer año con Serviace: | | | | |
| Expectativas de monto a cobrar quincenal luego del primer año: | | | | |
| Número aproximado de ventas a realizar durante el primer año: | | | | |
| **CONFIGURACIÓN SISTEMA COBRANZAS EN LÍNEA** | | | | |
| Nombre de usuario deseado para ingresar al sistema: | | | | |
| Correos electrónicos donde desee recibir notificaciones del sistema: | | | | |
| **Cuenta bancaria**  **(DEBE ESTAR NOMBRE DE LA EMPRESA)** | | | | |
| Banco: | | | | |
| Número de Cuenta (debe tener 20 dígitos): | | | | |
| **CONDICIONES DE LA SOLICITUD** | | | | |
| 1. Esta solicitud de afiliación debe estar firmada y sellada por el representante legal, apoderado de la empresa o personal autorizado para tener validez. 2. La solicitud debe ser enviada a la oficina de Serviace en una carpeta acompañada de copias de los siguientes documentos: Registro Mercantil, RIF, Cédula del representante legal o apoderado, última declaración de Impuesto sobre la renta. 3. Serviace dará respuesta a la solicitud como máximo a los 5 días hábiles luego de recibido todos los documentos. | | | | |
| **Firmas** | | | | |
| Nombre del representante legal:  Cédula:  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |