

Instrucciones:

1.- Complete todos los campos solicitados, imprima y entréguela junto con los recaudos.

| AGENCIA | | FECHA | | NÚMERO DE AFILIACIÓN | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|--|
| SERVICIO SOLICITADO | | | | | |
| Nuevo <input type="radio"/> Adicional <input type="radio"/> Actualización de Datos (indique) : | | | | Otro: | |
| DATOS DEL ALIADO | | | | | |
| Nombre: | | | | | |
| TIPO DE CLIENTE | | | | | |
| Persona Jurídica <input type="radio"/> Firma Personal <input type="radio"/> Libre ejercicio <input type="radio"/> | | Persona Natural (emprendedor) <input type="radio"/> Ente Publico <input type="radio"/> | | Empresa del estado <input type="radio"/> Otro: <input type="radio"/> | |
| DATOS DEL SOLICITANTE | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | Cédula de Identidad | | Dirección | |
| | | | | | |
| DATOS DEL AFILIADO | | | | | |
| Nombre Comercial del Establecimiento: | | | Razón Social: | | |
| N° de R.I.F.: | | Exento ISLR: | | Número de Cuenta Corriente: | |
| Actividad Económica: | | | | | |
| Promedio Estimado de Ventas Mensuales: | | Promedio Estimado de Clientes: | | Total de Empleados: | |
| Total Ventas Tarjetas de Débito (%): | | | Total Ventas Tarjetas de Crédito (%): | | |
| Cantidad de POS solicitado: | | Tipo de Comunicación: | | Dial Up: <input type="radio"/> Inalámbrico: <input type="radio"/> Red LAN: <input type="radio"/> Otro: <input type="radio"/> | |
| Posee POS con otros Bancos: | | Nombre del Banco: | | Tasa Otros Bancos: | |
| | | | | Débito: Crédito: | |
| DIRECCIÓN DEL AFILIADO | | | | | |
| Edificio, Casa, Quinta: | | Piso: | | Apto. / Oficina /Local / Dpto.: | |
| Avenida, Calle, Carrera, Esquina: | | Urbanización / Sector: | | Parroquia: | |
| Ciudad: | | Estado: | | Municipio: | |
| Zona Postal: | | Teléfono CANTV: | | E-mail: | |
| Tiempo en esta dirección: | | | | Punto de Referencia: | |
| | | | | Tipo de Inmueble: | |
| Propio: <input type="radio"/> | | Alquilado: <input type="radio"/> | | Monto Bs. | |
| DATOS REGISTRO MERCANTIL AFILIADO | | | | | |
| Fecha: | | Número Registro Mercantil: | | N° Protocolo: | |
| Estado: | | Zona Postal: | | Tomó: | |
| Capital Suscrito: | | Capital Pagado: | | Reserva: | |
| DATOS REPRESENTANTE LEGAL | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | Cédula de Identidad | | Dirección | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| REFERENCIAS BANCARIAS | | | | | |
| Banco | | Número de Cuenta | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Queda entendido que la recepción de la presente solicitud de afiliación no garantiza su aprobación. Asimismo el firmante al pie declara que los datos indicados son verdaderos y autoriza suficientemente a la institución para su verificación. | | | | | |
| Firma del Representante Legal | | | Firma del Representante Legal | | |
| _____ | | | _____ | | |

SÓLO PARA USO DEL BANCO

INSPECCIÓN TÉCNICA

LUGAR

HORA

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------|---|--|---|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| ¿Negocio en marcha? Sí: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/> | | ¿Instalaciones del establecimiento acordes con la actividad del negocio? Tomar fotos del establecimiento | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | | | | | |
| Zonificación: | | Area: | | Condiciones: | | N° Empleados: | | | | |
| <input type="radio"/> Centro Comercial | <input type="radio"/> Zona Residencial | <input type="radio"/> Hasta 50 m2 | | <input type="radio"/> Optimas condiciones | | <input type="radio"/> Hasta 5 empleados | | | | |
| <input type="radio"/> Zona Industrial | <input type="radio"/> Zona Comercial | <input type="radio"/> De 50M2 a 150M2 | | <input type="radio"/> En remodelacion | | <input type="radio"/> De 6 a 10 empleados | | | | |
| <input type="radio"/> Otro: | | <input type="radio"/> Mas de 150M2 | | <input type="radio"/> Deteriorado | | <input type="radio"/> Más de 10 empleados | | | | |
| ¿Posee línea telefónica CANTV? | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | ¿Posee central telefónica CANTV? | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | |
| ¿Denominación comercial visible? | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | ¿Actividad comercial acorde con la establecida en su registro mercantil? | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | |
| ¿Inventario de mercancías visible? | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | Número de Cajas que posee el Establecimiento: | | | | | |
| ¿Cantidad de Pos que el cliente posee? | | | | | ¿El Pos será utilizado para delivery? | | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> |
| Local Compartido con otro comercio: | | | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | Años de experiencia del negocio en el mismo ramo o actividad comercial: | | | |
| Agencias de viajes no asociadas a la IATA o AVAVIT | | | | | Sí: <input type="radio"/> | No: <input type="radio"/> | Años de permanencia en los puestos de venta que mantiene: | | | |

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES DE LA UNIDAD DE NEGOCIO

FIRMA GERENTE SUCURSAL / AGENCIA

FIRMA VICEPRESIDENTE REGIONAL

GERENCIA DE SERVICIOS ELECTRÓNICOS

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Núm. de Puntos de Venta a instalar: | Actividad Económica: | Tasa de Afiliación TDC: | Tasa de Afiliación TDD: |
| | | | |

Observaciones / Recomendaciones:

Firma del Gerente

DECISIÓN COMITÉ EVALUADOR

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Aprobado <input type="radio"/> | Diferido <input type="radio"/> | Negado <input type="radio"/> | Actividad Económica Especifica: | Tasa de Afiliación TDC: | Tasa de Afiliación TDD: |
| Núm. de POS: | | Dial Up: | Inalámbrico: | Red LAN: | |

Observaciones / Recomendaciones:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| Firma | Firma | Firma |