

Versión:001 Fecha:01/10/2015	INFORME VISITA AL CLIENTE	
---------------------------------	---------------------------	--

1. INFORMACION GENERAL

Razón Social:			
Visita atendida por:		Visita atendida por:	
Cargo:		Cargo:	

2. OBJETO SOCIAL (Marque con una "X" la o las opciones que corresponda al caso.)

SECTOR	Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	Alimentos	<input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD	Fabricante	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	AÑOS EN EL MERCADO
	Cosmético	<input type="checkbox"/>	Homeopático	<input type="checkbox"/>		Comercializador	<input type="checkbox"/>			
	Veterinario	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		Maquilador	<input type="checkbox"/>			
	¿Cuál?			¿Cuál?						

3. INSTALACIONES Y PERSONAL (Marque con una "X" la o las opciones que corresponda al caso.)

SEDE	Propia	<input type="checkbox"/>	MAQUINARIA	Propia	<input type="checkbox"/>	TRABAJADORES	Directos	<input type="checkbox"/>	Cant:	<input type="text"/>			
	Alquilada	<input type="checkbox"/>		Alquilada	<input type="checkbox"/>		Indirect	<input type="checkbox"/>	Cant:	<input type="text"/>			
ESTADO DE LAS INTALACIONES			MB	B	R	M	M/M	CERTIFICACIONES			ISO 9001	ISO 14001	ISO 18000
SUCURS.	SI	<input type="checkbox"/>	Cant.	<input type="text"/>				AGENCIAS	SI	<input type="checkbox"/>	Cant.	<input type="text"/>	
	NO	<input type="checkbox"/>							NO	<input type="checkbox"/>			

4. TAMAÑO DEL NEGOCIO Y VENTAS (Marque con una "X" la o las opciones que corresponda al caso.)

F. CCIAL	Directa	<input type="checkbox"/>	PTOS. VTA	SI	<input type="checkbox"/>	Cant.	<input type="text"/>	Nº Lineas:	<input type="text"/>
	Indirecta	<input type="checkbox"/>		NO	<input type="checkbox"/>			Nº Productos	<input type="text"/>

\$ Ventas Mes: _____ \$Promedio Ventas: _____

5. PRINCIPALES CLIENTES Y PROVEEDORES (Registre la razon social)

Cientes:	
Proveedores:	

6.REQUERIMIENTO SUGERIDO POR COMERCIAL

Producto:		Precio:	\$	Plazo:	<input type="text"/>	Días.
Consumo/Periodicidad:						
Cupo Requerido:		Extra Cupo:				
Producto:		Precio:	\$	Plazo:	<input type="text"/>	Días.
Consumo/Periodicidad:						
Cupo Requerido:		Extra Cupo:				

7. OBSERVACIONES DE LA VISITA

Visita realizada por:		Revisado por:	
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
CONCEPTO OTORGADO	Favorable	<input type="checkbox"/>	
	Desfavorable	<input type="checkbox"/>	