

AFILIACIÓN EXTRA FINANCIAMIENTO PLUS

AGENCIA / BANCA: FECHA:

DATOS DEL CLIENTE														
C.I. N° o R.I.F. N°					Razón Social / Firma Personal					Nombre Comercial (Fantasía)				
Afiliado N°					Actividad Comercial									
Cuenta de Liquidación: (20 dígit. N° Código Cuenta Cliente)					0 1 7 4									
Avenida / Calle					Edificio / Centro Comercial / Quinta					Piso / Nivel			Local / Oficina	
Cod. Postal		Urbanización			Ciudad					Municipio				
Estado					N° de Teléfono CANTV			Otro N° Telefónico			Correo Electrónico			
					Código Teléfono			Código Teléfono						

Tiempo en esta Dirección: Punto de Referencia (ubicación del Local):

DECLARACIÓN DE LA SOLICITUD	
Declaro expresamente y así lo hago constar, que mediante la presente solicito(amos) la Afiliación al Producto de Extra Financiamiento Plus. Con la firma de esta solicitud acepto(amos) los términos y condiciones del contrato establecido por el banco, cuyo contenido declaro conocer en su totalidad. Igualmente, doy(amos) fe que los datos aquí suministrados son ciertos y autorizo(amos) a Banplus, para comprobar los mismos.	
Por el Cliente Firma: <input type="text"/> Nombre y Apellido: <input type="text"/> Cédula de Identidad: <input type="text"/>	Por el Cliente Firma: <input type="text"/> Nombre y Apellido: <input type="text"/> Cédula de Identidad: <input type="text"/>

PROPUESTA DE AFILIACIÓN PARA EL COMERCIO (SÓLO PARA USO DEL BANCO)		
Categoría y Código	Tasa de Afiliado Según Categoría	Tasa de Afiliado Sugerida
	<input type="checkbox"/> Extraf:	<input type="checkbox"/> Extraf:
Horario de Visita al Local	Ubicación del POS en el Local	

COMENTARIOS	

Gerente / Ejecutivo que realizó la visita al comercio: Firma:

Recomendado por:

ACUERDO DEL ÁREA DE NEGOCIOS		
<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Devuelto		
Tasa de Afiliado Extra Financiamiento Plus: <input type="text"/>		
Aprobado por la Gerencia de Negocios	Aprobado por la Vicepresidencia Regional de Negocios	Aprobado por la Vicepresidencia de Medios de Pago
Nombre y Apellido: <input type="text"/>	Nombre y Apellido: <input type="text"/>	Nombre y Apellido: <input type="text"/>
Firma: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/>

SOLO PARA SER UTILIZADO POR EL ÁREA DE OPERACIONES		
Procesado Por:	V°B° de:	Comité de POS:
Nombre y Apellido: <input type="text"/>	Nombre y Apellido: <input type="text"/>	Nombre y Apellido: <input type="text"/>
Firma: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/>