

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														
					<small>Código Teléfono</small>					<small>Código Teléfono</small>																			
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
Por el Cliente

Firma: _____
 Nombre y Apellido: _____
 Cédula de Identidad: _____

Firma: _____
 Nombre y Apellido: _____
 Cédula de Identidad: _____

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: _____																			
Aprobado por la Gerencia de Negocios										Aprobado por la Vicepresidencia Regional de Negocios										Aprobado por la Vicepresidencia de Medios de Pago									
Nombre y Apellido:										Nombre y Apellido:										Nombre y Apellido:									
Firma:					Fecha:					Firma:					Fecha:					Firma:					Fecha:				

SOLO PARA SER UTILIZADO POR EL ÁREA DE OPERACIONES

Procesado Por:										V°B° de:										Comité de POS:									
Nombre y Apellido:										Nombre y Apellido:										Nombre y Apellido:									
Firma:					Fecha:					Firma:					Fecha:					Firma:					Fecha:				