

SOLICITUD DE PUNTOS DE VENTA

AGENCIA / BANCA:
FECHA

DATOS DEL CLIENTE

C.I. N° o R.I.F. N°										Razón Social / Firma Personal										Nombre Comercial (Fantasía)																			
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> - </div>																																							
Actividad Comercial																				Tiempo en el Mercado																			
Cuenta de Liquidación:										(20 dígit. N° Código Cuenta Cliente)										<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 0 1 7 4 </div>																			
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</small>					<small>Teléfono</small>					<small>Código</small>					<small>Teléfono</small>														
Tiempo en esta Dirección:										Punto de Referencia (ubicación del Local):																													

INFORME DEL CLIENTE

Transacciones mensuales estimadas (cantidad):	Con Crédito: _____	Con Débito: _____
Ventas mensuales estimadas en Bs.:	Con Crédito: _____	Con Débito: _____
Tipo de Inmueble: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Arrendado	N° de Locales: _____	
Horario de trabajo: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Mixto Afiliado a otro Banco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

INFORMACIÓN DE OTROS BANCOS (Sólo si tiene Puntos de Venta con otros Bancos)

Nombre del Banco	Tipo de POS	Cant. POS	Tasa Afiliado TDC	Tasa Afiliado Extrafinanciam.	Tasa Afiliado Diners/Amex	Tasa Afiliado TDD	Marca Tarjeta de Débito
							<input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Electrón
							<input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Electrón

PRODUCTOS ASOCIADOS AL PUNTO DE VENTA

☐ Extrafinanciamiento ☐ Visa de Distribución

DATOS DEL (LOS) REPRESENTANTE (S) LEGAL (ES)

Nombres y Apellidos	C.I. / Pasaporte	Cargo	Teléfonos (Hab./ Celular)

DATOS DE LA (S) PERSONA (S) DE CONTACTO

Nombres y Apellidos	C.I. / Pasaporte	Cargo	Teléfonos (Hab./ Celular)

DECLARACIÓN DE LA SOLICITUD

Declaro expresamente y así lo hago constar, que mediante la presente solicito(amos) la Afiliación al Servicio de Puntos de Venta , Visa Distribución de Banplus y/o Extrafinanciamiento. 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: _____

Firma: _____

Nombre y Apellido: _____

Nombre y Apellido: _____

Cédula de Identidad: _____

Cédula de Identidad: _____

PROPUESTA DE AFILIACIÓN PARA EL COMERCIO (SÓLO PARA USO DEL BANCO)									
Categoría y Código			ISLR					Exento de ISLR	
			<input type="checkbox"/> PJR <input type="checkbox"/> PJE <input type="checkbox"/> PJG <input type="checkbox"/> PJI <input type="checkbox"/> PNR <input type="checkbox"/> PNE <input type="checkbox"/> PNG					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tasa de Afiliado Según Categoría		Tasa de Afiliado Sugerida		Cantidad de POS		Ubicación del POS en el Local			
<input type="checkbox"/> Electron: <input type="checkbox"/> Extraf: <input type="checkbox"/> Maestro: <input type="checkbox"/> Crédito:		<input type="checkbox"/> Electron: <input type="checkbox"/> Extraf: <input type="checkbox"/> Maestro: <input type="checkbox"/> Crédito:							
Tipo de Punto de Venta Solicitado			Horario de visita al Local		Afiliación Temporal				
<input type="checkbox"/> Dial Up <input type="checkbox"/> Inalámbrico <input type="checkbox"/> PC-VPOS <input type="checkbox"/> Red LAN <input type="checkbox"/> POS Virtual IPG <input type="checkbox"/> Dial Up (Visa Dist.)					<input type="checkbox"/> SI Desde _____ Hasta _____ <input type="checkbox"/> NO				
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 TDD: _____ Tasa de Afiliado TDC: _____ 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 DE TARJETAS									
N° de Afiliación Comercial:			<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> </div>						
Procesado Por:			VB° de:			Comité de POS:			
Nombre y Apellido:			Nombre y Apellido:			Nombre y Apellido:			
Firma: Fecha:			Firma: Fecha:			Firma: Fecha:			