

## 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)													
Actividad Comercial						Tiempo en el Mercado																			
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):																			

INFORME DEL CLIENTE																	
Transacciones mensuales estimadas: _____ 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 Dinners/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	
<input type="checkbox"/> Extra Financiamiento Plus <input type="checkbox"/> Visa 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 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.

<p style="text-align: center;"><b>Por el Cliente</b></p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Cédula de Identidad: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Por el Cliente</b></p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Cédula de Identidad: _____</p>
--	--

PROPUESTA DE AFILIACIÓN PARA EL COMERCIO (SÓLO PARA USO DEL BANCO)									
<b>Categoría y Código</b>			<b>ISLR</b>					<b>Exento de ISLR</b>	
			<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	
<b>Tasa de Afiliado Según Categoría</b>			<b>Tasa de Afiliado Sugerida</b>		<b>Cantidad de POS</b>		<b>Ubicación del POS en el Local</b>		
<input type="checkbox"/> Electron: _____ <input type="checkbox"/> Extraf: _____ <input type="checkbox"/> Maestro: _____ <input type="checkbox"/> Crédito: _____			<input type="checkbox"/> Electron: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Extraf: _____ <input type="checkbox"/> Maestro: _____ <input type="checkbox"/> Crédito: _____						
<b>Tipo de Punto de Venta Solicitado</b>			<b>Horario de visita al Local</b>		<b>Afiliación Temporal</b>				
<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: _____			
<b>Aprobado por la Gerencia de Negocios</b>			<b>Aprobado por la Vicepresidencia Regional de Negocios</b>			<b>Aprobado por la Vicepresidencia de Medios de Pago</b>			
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; width: 100%;"> <span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span> </div>						
<b>Procesado Por:</b>			<b>V°B° de:</b>			<b>Comité de POS:</b>			
Nombre y Apellido:			Nombre y Apellido:			Nombre y Apellido:			
Firma:                      Fecha:			Firma:                      Fecha:			Firma:                      Fecha:			