FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE AGENTE

| INFORMACIÓN DE AGENTE | | | |
|--|------------------------------|--|--------------------------------------|
| AGENTE MAESTRO No | | ID DE AGENTE 5 | FECHA DE ALTA 2016-09-02 16:26:28 |
| INFORMACIÓN GENERAL | | | |
| NOMBRE COMPLETO ASDFASFD ASDFA SDFAS | | | |
| RAZÓN SOCIAL ASDFASFD ASDFA SDFAS | | R.F.C. HEAA8004137E9 | |
| GIRO DEL NEGOCIO CULTIVO DE CHILE | | DIRECCIÓN ASDF 12121 , Colonia Paseo Cipreses, Juárez, Chihuahua C.P. 32240 | |
| TELÉFONO 135 | | CORREO ELECTRÓNICO ASDF@SAD.SAD | |
| INFORMACIÓN ESPECIAL | | | |
| PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA No | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO 1982-09-08 | C.U.R.P. SDSASD | PAÍS DE NACIMIENTO México | NACIONALIDAD Mexicano |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN Pasaporte | NO. DE IDENTIFICACIÓN SDF | | |
| DOCUMENTOS | | | |
| ☐ Contrato Original Firmado (Obligatorio) ☐ Identificación (Obligatorio) ☐ Cédula Fiscal ((Obligatorio)) ☐ Comprobante de Domicilio (Obligatorio) ☐ Estado de Cuenta ☐ Directorio de Sucursales (Opcional) | | | |
| ☐ AGENTE AUTORIZADO | | ☐ AGENTE RECHAZADO | |
| Observaciones: | | | |
| | | | |

Requerida por AMISADAI HERNANDEZ Monterrey Nuevo Léon a 02 de Septiembre del 2016. AUTORIZADOR

MESA DE CONTROL