

ENTREVISTA DE PROSPECTO DE CLIENTE  
PERSONA FISICA



**CONTPAQi**  
**Gastos**

PRODUCTO:

Fecha:

Datos para el alta de cliente y la elaboración del contrato de prestación de servicios entre Toka Internacional S.A.P.I. de C.V. SOFOM E.N.R.

## DATOS DE PERSONA AFILIADA (llenado por el Cliente)

Nombre del cliente: CURP: RFC:

NACIONALIDAD:

Fecha de Nacimiento: País de Nacimiento: Entidad Federativa de Nacimiento: Genero:

Delegación / Municipio Ciudad o Población Estado C.P.

Domicilio Fiscal (calle): No. Ext.: No. Int.: Colonia

Giro de la Empresa En caso de ser Otro (especificar) Referencias de ubicación Fiscal:

Lada Teléfono y extensión Tel. Conmutador Página Web: Grupo Comercial al que Pertenecer Nombre de los bancos que maneje para pago a proveedores.

## RESPONSABLE DEL SERVICIO Y/O CUENTA

Nombre completo Cargo:

Lada Teléfono Contacto Ext. Celular: Correo Electrónico:

## DATOS DE QUIEN RECIBE LA FACTURA

Nombre completo Cargo:

Lada Teléfono Contacto Ext. Celular: Correo Electrónico:

## DATOS DEL RESPONSABLE DE TESORERIA Y/O PAGOS

Nombre completo Cargo:

Lada Teléfono Contacto Ext. Celular: Correo Electrónico:

## DATOS DEL RESPONSABLE DE QUIEN RECIBE LAS TARJETAS

Nombre completo Cargo:

Lada Teléfono Contacto Ext. Celular: Correo Electrónico:

\*NOTA: las tarjetas deben de tramitarse dentro del sistema CONTPAQi Gastos en el menú "configuración" una vez recibido el usuario y contraseña del perfil administrador.

## Condiciones Comerciales (Llenado por el distribuidor)

Número de tarjetas	Frecuencia de Depósitos y/o Dispersión
Importe a dispersar:	Fecha aproximada de 1era Dispersión:
Distribuidor	E-mail
Telef. Fijo	Telef. Móvil

## CAMPO SOLO PARA DIRECCIÓN COMERCIAL (Desglose de comisiones)

### Domicilio de entrega 1

1	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	

### Domicilio de entrega 2

2	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	

### Domicilio de entrega 3

3	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	

### Domicilio de entrega 4

4	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	