

ENTREVISTA DE PROSPECTO DE CLIENTE
PERSONA MORAL

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 EMPRESA (llenado por el Cliente)

Nombre del cliente o Denominación Social:

RFC:

NACIONALIDAD:

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 Pertenece

Nombre de los bancos que maneje
para pago a proveedores.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo

Correo Electrónico:

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	