



No. Autorización: _____

INFORMACION DE LA EMPRESA					
FACTURAR A			DIRECCION DE ENVIO (Si es diferente a la anterior)		
Nombre de la empresa			Nombre del cliente		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado/País	Código Postal	Ciudad	Estado/País	Código Postal
Teléfono ()	FAX ()		Teléfono ()	FAX ()	
Persona Encargada		Posición	Persona Encargada		Posición

Descripción Producto	Número de Parte(s)	Precio Unidad (\$)
		TOTAL

Tarjeta de Crédito # _____ Firma _____ Fecha Expiración _____
--

(Principal de la Compañía)

PARA USO DE AST UNICAMENTE			
Fecha Recibido		Procesado Por	
No. Aprobación S/O	REP No.	Cheque No.	Enviado a Contabilidad
Acumulado para Uso de AST FlexFunds		Disponible en AST FlexFunds \$	

AST Research, Inc.
Customer Sales Administration
(714) 727-7630