



FICHA DE CLIENTE
PERSONA JURIDICA

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa : _____ R. U. C. Nº: _____

Dirección (Casa Matriz): _____

Ciudad : _____ Barrio : _____

Teléfonos (Línea Baja): _____ Celular : _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Constitución / Apertura: _____

SUCURSALES / AGENCIA (Marcar con una X en el caso de contar con alguna)

	CONTACTO	DIRECCION	CIUDAD	TELEFONOS
1				
2				
3				
4				
5				

2. TIPO DE EMPRESA

UNIPERSONAL

Nombre y Apellido : _____

Doc. de Identidad Nº : _____ País que Expide : _____ Estado Civil: _____

País Lugar y Fec. de Nacimiento: _____ / / _____ Nacionalidad: _____ Sexo: M F

Dirección Particular : _____

Ciudad : _____ Barrio : _____

Teléfono (Línea Baja): _____ Celular : _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

SOCIO GERENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1		
2		
3		
4		

SOCIEDAD ANONIMA

DIRECTORES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1		
2		
3		
4		

3. DATOS REFERENTES A LA ACTIVIDAD

ACTIVIDAD Comercio Industria Servicio Agrícola Ganadera Otros (Aclarar) _____

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: _____

INGRESO MENSUAL ESTIMADO: _____

4. REFERENCIAS

Comerciales: _____ Contacto: _____ Teléfono: _____

Comerciales: _____ Contacto: _____ Teléfono: _____

Bancarias / Financieras: _____ Contacto: _____ Teléfono: _____

Bancarias / Financieras: _____ Contacto: _____ Teléfono: _____

Les autorizo por cuenta propia o a través de empresas especializadas de nuestro medio que puedan recabar información de los registros públicos o privados de esta plaza comercial o en otra, referente a mi situación patrimonial, solvencia económica, o en el cumplimiento de mis obligaciones comerciales. Asimismo, les autorizo en forma suficiente para que procedan a la verificación, confirmación y/o certificación de los datos por mí declarados ya sea por procedimientos telefónicos o por medio de visitas a los domicilios particulares y/o laborales proveídos.

Firma

Firma

Firma



DATOS DE LOS APODERADOS

Doc. de Identidad	Nombre y Apellido	Firma

Esta Autorización es valida hasta tanto se notifique por escrito a la Empresa CAMBIOS CHACO S.A. su revocación correspondiente.

DATOS DE LOS AUTORIZADOS A REALIZAR OPERACIONES A NOMBRE DE LA EMPRESA

Doc. de Identidad	Nombre y Apellido	Firma

Esta Autorización es valida hasta tanto se notifique por escrito a la Empresa CAMBIOS CHACO S.A. su revocación correspondiente.

_____ Firma

_____ Firma

_____ Firma

Observaciones

Documentos Controlados

CONTROLADO	DOCUMENTACIÓN	ESTADO DE LA DOCUMENTACIÓN
SI NO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD o PASAPORTE	
SI NO	INFORMCONF	
SI NO	PATENTE	
SI NO	RUC	
SI NO	ESTATUTOS SOCIALES	
SI NO	CONFIRMACION TELEFONICA	
SI NO	VISITA	
SI NO	BALANCE	
SI NO	CARTA DE AUTORIZACION o PODERES	
SI NO	OTROS (ESPECIFICAR)	
SI NO	OTROS (ESPECIFICAR)	
SI NO	OTROS (ESPECIFICAR)	

Se autoriza la emisión de la Tarjeta Preferencial : SI NO

Fecha y Hora : ____ / ____ / ____ : ____

_____ Firma Responsable del Control de Documentación

_____ Firma del Gerente