

**FICHA CLIENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_

DATOS FISCALES / LEGALES / COMERCIALES				
RAZÓN SOCIAL (DEUDOR):			RIF:	
DIRECCIÓN FISCAL:		ESTADO:		MUNICIPIO:
CÓDIGO SICM:	NOMBRE COMERCIAL:		CORREO ELECTRÓNICO:	
NUMERO TELEFÓNICO:	LOCAL: <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILADO		¿ES CONTRIBUYENTE ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
REPRESENTANTES LEGALES: APELLIDOS Y NOMBRES:		CORREO:	TELÉFONO:	
1)				
2)				
3)				
DATOS DEL REGENTE FARMACEUTICO				
NOMBRE DEL REGENTE:		RIF:	MATRÍCULA MINISTERIO:	# COLFAR:    # INPREFAR:
DATOS BANCARIOS				
BANCOS EN BOLIVARES:		BANCOS EN USD:		CANTIDAD DE PUNTOS DE VENTAS
1)	3)	1)		
2)	4)	2)	3)	
DATOS COMERCIALES				
PROVEEDOR:	PERSONA CONTACTO:		TELEFONO:	DIAS:    DCTO %:
1)				
2)				
3)				



**DROGUERIA FARMACÉUTICA 24, C.A.**  
 Calle. 13B, Nro. 38-62. Rosal Sur. Maracaibo, Edo. Zulia  
 Telef.: (0261) 6148046 (0412) 6266603  
 www.farmacéutica24.com

**SOLICITUD DE CRÉDITO**

**FORMALIZACION DEL CREDITO**

"En razón de la relación comercial entre las partes y por la presente solicitud, en nombre de mi(nuestra) representada autorizo expresamente a la compañía: Droguería Farmaceutica 24, C.A., para que verifique la exactitud de toda o cualesquiera de la información y documentación suministrada por mí(nosotros) en esta solicitud. Igualmente autorizo expresamente a que todos los empleados del establecimiento objeto de esta solicitud, en nombre de mi(nuestra) representada, reciban y/o acepten con su firma toda la mercancía que fuere despachada (bultos, bolsas, cajas, entre otros) que contengan productos farmacéuticos, consumo masivo, hospitalarios y cualquier otro producto; obligándome(nos) a aceptar y firmar todos los documentos presentados por el empleado de la Droguería. Por medio de esta solicitud, en caso de ser aprobada, ofrezco en nombre de mi representada la fianza personal y solidaria de los ciudadanos:

que más adelante se constituye.- Yo(nosotros), \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
 venezolano(s), mayor(es) de edad, cédula(s) de identidad No.(s)

me(nos) constituyo(imos) en fiador(es) solidario(s) y principal(es) pagadores del monto total a que asciendan las compras realizadas por mi(nuestra) representada para surtir los detalles o establecimientos comerciales de su propiedad a: **Droguería Farmaceutica 24, C.A** y acepto(amos) las condiciones de comercialización de ésta, las cuales pueden ser modificadas sin previo aviso y en la forma que estime necesaria. Queda entendido que el formalizar esta solicitud, no genera ningún compromiso por parte de Droguería Farmaceutica 24, en la aprobación de la misma. En caso de ser aprobada y en virtud de la futura relación comercial, me(nos) como de cualquier cambio o modificación en la administración o dirección de la misma. Es decir que la fianza permanecerá vigente hasta tanto quede íntegramente canceladas cualesquiera otras obligaciones que asuman dicha Compañía con **Droguería Farmaceutica 24, C.A**.-

**Nombre del Representante Legal**

**Cédula de Identidad**

**Firma**

**Telefono:**

**Nombre del Representante Legal**

**Cédula de Identidad**

**Firma**

**Sello del Establecimiento Solicitante**

**Telefono:**

**PARA USO INTERNO DE LA DROGUERIA**

**LÍMITE DE CRÉDITO INICIAL SUGERIDO:**

**DPTO. DE VENTAS**

**DPTO. DE CRÉDITO**

**GERENTE GENERAL DE DROGUERÍA**