

Información General Clientes Preferentes

CÓDIGO ALFAK: _____ / FECHA: _____ / N°

POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO. LA INFORMACIÓN SOLICITADA SERÁ MANEJADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. DATOS PARA FACTURACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL		
NOMBRE DE LA EMPRESA / ALMACEN / TALLER		NOMBRE COMERCIAL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
* RUC	COD. PROVINCIA	TELÉFONO FIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/PROPIETARIO		USTED LABORA EN:
<input type="text"/>		NEGOCIO PROPIO <input type="checkbox"/> EJERCICIO PROFESIONAL <input type="checkbox"/>
* CÉDULA DE CIUDADANÍA	FECHA DE NACIMIENTO <small>Día / Mes / Año</small>	*TELÉFONO CELULAR <small>Movi Claro Cnt</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*TELÉFONO CELULAR PARA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE FAIRIS		
* DIRECCIÓN	CIUDAD	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local <input type="checkbox"/>	Propio <input type="checkbox"/>	Arrendado <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN SUCURSAL: _____		
EMAIL EMPRESA: _____		

AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL NEGOCIO

de 1 a 3 años de 4 a 6 años de 7 a 10 años 11 a 20 años 20 o más

Nº. DE PERSONAS QUE LABORAN

1 a 6 personas 7 a 15 personas 16 a 30 personas 30 o más

DATOS DE LAS PERSONAS DE CONTACTO DE SU EMPRESA

NOMBRE	CARGO	CELULAR	EMAIL

A QUE SE DEDICA LA EMPRESA/ALMACÉN/TALLER

CUENTA CON TRANSPORTE PROPIO PARA DESPACHOS SI NO

MERCADOS (Marque todas las que aplique)

- | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VENTANAS | <input type="checkbox"/> CUBIERTAS | <input type="checkbox"/> PASAMANOS |
| <input type="checkbox"/> CORTINAS DE BAÑO | <input type="checkbox"/> CARROCERIAS | <input type="checkbox"/> REPOSICIÓN |
| <input type="checkbox"/> DIVISIONES DE AMBIENTE | <input type="checkbox"/> VENTANAS DE CARROCERIAS | <input type="checkbox"/> ESPEJOS |
| <input type="checkbox"/> FACHADAS EDIFICIOS | <input type="checkbox"/> DEPORTIVA | <input type="checkbox"/> OTROS _____ |

LÍNEAS COMPLEMENTARIAS

- VIDRIO ALUMINIO ACCESORIOS SILICÓN PVC OTROS _____

* Entregar copia a color de estos documentos y realizar un croquis de la dirección de su local comercial

UTILIZACIÓN MENSUAL DEL VIDRIO EN METROS CUADRADOS

Área	Crudo	Templado	Laminado	Ventas	Crudo	Templado	Laminado
De 0 a 100 m ²				Menor a \$ 10,000.00			
De 101 a 200 m ²				\$ 10,001.00 a \$ 30,000.00			
De 201 a 500 m ²				\$ 30,001.00 a \$60,000.00			
Suman				Más de \$60,000.00			
TOTAL							

PRINCIPALES PROVEEDORES DE VIDRIO

NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESDE (AÑO)	TIPO DE VIDRIO Y CALIDAD	FORMA DE PAGO
			Contado: Crédito: Días:
			Contado: Crédito: Días:

REFERENCIAS BANCARIAS			REFERENCIAS COMERCIALES		
INSTITUCIÓN BANCARIA	TIPO DE CUENTA	No. DE CUENTA	EMPRESA	CONTACTO	TELÉFONO
	Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>				
	Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>				

MANEJA TARJETA DE CRÉDITO SI NO

Visa Banco Pichincha Visa Banco internacional Visa Banco de Guayaquil Visa Banco del Austro Visa Banco Bolivariano
 Visa Produbanco Visa Jep Visa Banco del Pacífico Pacificard American Express Diners – Discovers – Titanium
 Mastercard Banco Guayaquil Mastercard Banco del Pacifico Mastercard Banco Internacional Mastercard Produbanco Otras: _____

REALIZA PAGOS POR TRANSFERENCIA? SI NO REALIZA PAGOS CON CHEQUE? SI NO

REALIZA PAGOS EN EFECTIVO? SI NO

TIENE REGISTRADOS PROVEEDORES PARA REALIZAR PAGOS AUTOMÁTICOS EN LÍNEA SI NO

Cúales?: _____

¿Por qué medio usted conoció de nuestra Empresa?

Medios Digitales Prensa Revistas Ya conocía Referido

INFORMACION PARA DESPACHOS

¿Por qué medio usted desea recibir información sobre su despacho?

Llamada telefónica Mensaje de texto Email Otros _____

NOMBRE DEL ASESOR TÉCNICO COMERCIAL QUE LE ATENDIÓ _____

AUTORIZACIÓN

ASESOR TÉCNICO COMERCIAL

Yo _____ con C.I. _____ declaro que la información contenida en este formulario es correcta y autorizo a FAIRIS a verificar y pedir cualquier tipo de ampliación de la información que se ha proporcionado en el mismo.

En mi calidad de representante legal, autorizo de manera expresa e irrevocable a FAIRIS para que obtenga, cuantas veces lo considere necesario, de cualquier fuente de información, incluidos los Burós de Información Crediticia y la Central de Riesgos, todo tipo de información de riesgos crediticios de mi representado, así como también de quien suscribe este formulario como representante legal. De igual forma, autorizo expresamente a FAIRIS para que pueda proporcionar dicha información cuantas veces lo considere necesario, a todos y cada uno de los Burós de Información Crediticia legalmente autorizado para operar en el Ecuador y a la central de riesgos, de conformidad con la Ley y las Resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros del Ecuador y de la Junta Bancaria. Declaro que el origen de los recursos financieros con los que cumpliré mis obligaciones con FAIRIS C.A. es lícito y que no provienen ni provendrán de ninguna actividad prohibida por la ley especialmente de aquellas tipificadas como delitos bajo la Ley de Sustancias Estupefacientes y Sicotrópicas, eximiendo a FAIRIS C.A. de cualquier responsabilidad en dicho sentido. Adicional autorizo a esta empresa para que envíe cualquier tipo de información sobre despacho de pedidos, información comercial, publicidad, descuentos y otros, a mi mail, teléfono celular, o cualquier medio de comunicación proporcionado, incluido el teléfono de alguno de los dependientes en mi negocio.

FIRMA DEL CLIENTE

Lugar y fecha

1800 - FAIRIS
[3 2 4 7 4 7]

