



ALTA DE CLIENTE

Para uso exclusivo de Medicinas Rosario

Fecha de Alta: _____

Ruta _____

Clasificación _____

Giro del Negocio: _____

Nombre del (o los) Propietario _____

Dirección _____ Colonia _____

C.P. _____ Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____

Entidad Federativa _____ Teléfono 10 dígitos _____

Celular _____ Teléfono Particular _____ e-mail _____

Datos de Facturación:

Nombre o Razón Social _____ RFC _____

Dirección _____ Colonia _____

C.P. _____ Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____

Entidad Federativa _____ Folio _____

Encargado de compras _____ e-mail _____

Teléfono 10 dígitos _____ Extensión _____ Horarios _____

Encargado (s) de Pagos _____ e-mail _____

Teléfono 10 dígitos _____ Extensión _____ Horarios _____

Encargado(s) de recibo _____ e-mail _____

Teléfono 10 dígitos _____ Extensión _____ Horarios _____

Domicilio de entrega: _____

C.P. _____ Entre que calles _____

Horarios de entrega: L ___ Hrs ___ M ___ Hrs ___ Mi ___ Hrs ___ Ju ___ Hrs ___ V ___ Hrs. S ___ Hrs. ___

Observaciones de entrega:

LAB: _____

Firmas:

Propietario (s): _____

Nombre

Nombre

Documentos Anexos del cliente

- Copia del identificación Oficial (IFE)
- Comprobante de domicilio actualizado a nombre del solicitante.
- Aviso de Funcionamiento
- Copia del R.F.C.

CROQUIS DE UBICACIÓN DEL NEGOCIO:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CROQUIS DE UBICACIÓN DE ENTREGAS DE MERCANCIA:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma representante:

Firma crédito y cobranza: