

SOLICITUD DE CREDITO



Para revisión y aprobación.

Fax 1-800-982-3527 / (787) 841-8184 o envíe a Droguería FMC Distributors, Inc.

PO Box 801000, Coto Laurel, PR 00780-1000

Representante de Servicio 1-800-980-3527 o (787) 841-8181

Visítenos en el Internet: www.fmcdist.com

INFORMACION GENERAL		
Nombre de la Institución		Tipo de Negocio Propio/Gobierno/Corporación/ Corporación Pública
Dirección Física		Dirección Postal
Teléfono de Establecimiento	Fax	Seguro Social Patronal
Fecha Establecido el Negocio		Número de Celular de Lcdo(a). Regente
Nombre Completo Solicitante	Teléfono Residencial Solicitante	Número Celular del Solicitante
Lcdo(a). Regente	Dirección del Solicitante	Fax del Solicitante
Nombre Completo del Cónyuge		Número Celular del Cónyuge
Persona Autorizada a Comprar		Número Celular Comprador
		E-mail comprador:

REFERENCIAS DE CREDITO			
1.	Nombre	Teléfono	Fax
	Sucursal	Ciudad	Código Postal
2.	Nombre	Teléfono	Fax
	Sucursal	Ciudad	Código Postal
3.	Nombre	Teléfono	Fax
	Sucursal	Ciudad	Código Postal

FAVOR DE ASEGURARSE DE PROVEER LAS TRES REFERENCIAS ARRIBA SOLICITADAS

REFERENCIAS BANCARIAS		
Nombre del Banco	Teléfono	Fax
Sucursal	Ciudad	Código Postal
Número Cuenta de Cheque	Número de Cuenta de Ahorro	
Nombre del Banco	Teléfono	Fax
Sucursal	Ciudad	Código Postal
Número Cuenta de Cheque	Número de Cuenta de Ahorro	

ACUERDO DE CREDITO
<p>Acuerdo para línea de Crédito: Aceptamos que podrá restringir, aumentar y/o cancelar el límite de crédito inicial establecido, de acuerdo a la experiencia de la cuenta. Toda información relacionada será tratada de forma confidencial y sujeta a las disposiciones del "FAIR CREDIT REPORTING ACT".</p> <p>Autorización para investigar: Autorizamos a gestionar información de crédito sobre los solicitantes a través de las agencias de informe de crédito que escojan, a instituciones bancarias y a comercios. Entendemos que podrá notificar a las agencias de reportes de crédito que seleccionen, la experiencia de nuestra cuenta de ser aprobada esta solicitud y establecer una relación de negocio. La persona cuya firma aparece abajo, certifica que toda la información provista en éste acuerdo es verdadera y correcta. Yo y/o nosotros, él o los abajo firmantes, ya como Directores y oficiales de la corporación y/o como persona individual y solidariamente de lo que se adeude a DROGUERIA FMC DISTRIBUTORS por concepto de equipo, material y/o mercancía del tipo que se adquiere de su sitio de negocio tomado a crédito por mí y/o nuestros agentes, empleados o cesionarios desde el momento en que esta solicitud de crédito sea aprobada.</p>

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Documentos requeridos para acompañar (copia) ésta solicitud de crédito:
Licencia de Salud Licencia de ASSMCA Registro de Comerciante
Licencia de Productos Biológicos Licencia del DEA Certificado de Exención