



FORMULARIO DE INSCRIPCION DE PROVEEDORES

Provider Inscription Form

1- Nombre o Razón Social: Name or Social Name:
2- Número de cédula (física o jurídica): Tax payer ID#:
3- Domicilio (dirección exacta): Address:
4- Nombre del Representante Legal: Legal Rep.'s Name:
5- Tipo de actividad a la que se dedica: Kind of activity that realices:
6- Plazo del Crédito: Payment Terms:
7- Número de teléfono: Phone number:
8- Número de fax: Fax number:
9- Apartado Postal: P.O. Box:
10- E-mail: E-mail address:

Se deberá adjuntar como requisito fundamental copia de la personería y cédula jurídica vigente de la empresa, o de la cédula de identidad (si es física).

As a special requirement you should attach a copy of the Tax payer ID Card of the Company or a copy of the ID Card for physic person.

Hago constar que la información indicada en el presente documento es correcta y válida. I compose that all the below information is correct and valid.

Nombre del responsable

Responsible name:

#Cédula

ID #:

Fecha

Date:

Firma

Signature: