

ALTA DE CLIENTES

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

CODIGO ASIGNADO: \_\_\_\_\_ (dato arrojado por el sistema)

RAZON SOCIAL (cliente) \_\_\_\_\_ (nombre fiscal)

DIRECCION \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (calle, numero de casa, referencia de calles)

CIUDAD FISCAL: \_\_\_\_\_ ESTADO : \_\_\_\_\_ C.Postal \_\_\_\_\_

DOMICILIO P/ENTREGA \_\_\_\_\_

TEL. (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ (si el cliente dispone de uno anotelo, si no dejelo en blanco)

Contacto : \_\_\_\_\_ (persona con la que se trata la venta / encargado o dueño)

R.F.C. [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] (anote el registro federal de contribuyentes letra por letra en los espacios que le proporcionamos)

vend. \_\_\_\_\_ zona \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ giro \_\_\_\_\_

PLAZO DE CREDITO \_\_\_\_\_ LIMITE DE CREDITO \_\_\_\_\_ (dias de plazo de credito) (maximo saldo deudor posible / sugerido por el cliente / aceptado por el agente)

ADICIONALES Cod. Ciudad \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE VENTAS (observaciones de credito & cobranza / facturacion se basara en esta informacion) \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

DOCUMENTACION (palomee el documento que se proporcione) [ ] COPIA RFC [ ] ALTA HACIENDA [ ] IDENTIFICACION OFICIAL especifique : \_\_\_\_\_ (describa documento que se entrega y si es posible folio) [ ] COMPROBANTE DOMICILIO especifique : \_\_\_\_\_ (describa que recibo es y la fecha de expedicion)

CAPTURADO Y REVISADO (capturista y/o revision cdto&cbza)

REFERENCIAS COMERCIALES \_\_\_\_\_

- CONDICIONES GENERALES 1) La utilizacion del servicio de distribucion que proporcionamos a ustedes, se vera condicionado por la previa aceptacion de las condiciones generales de credito y cobranza 2) Toda factura deba ser liquidada en el plazo pactado, maximo de 30 dias; toda factura liquidada extemporaneamente causara el 5% mensual de intereses sobre el saldo insoluto; en caso de no cubrirse dicho saldo nos veremos en la obligacion de recoger la mercancia de dicha(s) factura(s) 3) Toda devolucion elaborada despues de 15 dias de entregada la mercancia causara 10% de penalizacion 4) Todo cheque devuelto causara un 20% de cargo sobre su monto.

(nombre y firma del cliente o representante) ACEPTO DE CONFORMIDAD

(aprobado y revisado) AGENTE DE VENTA

VoBo SUPERVISOR

CERTIFICO(AMOS) QUE LAS PERSONAS CUYO NOMBRES Y FIRMAS QUE EN SEGUIDA SE DETALLAN SON:  
LAS AUTORIZADAS PARA (a) PEDIR MERCANCIA (b) RECOGER MERCANCIA (c) RECIBIR MERCANCIA Y  
(d) SUSCRIBIR TITULOS DE CREDITO A MI (NUESTRO) NOMBRE Y CARGO Y A FAVOR DE  
**NEO MEDICAL, S.A. DE C.V.** QUEDANDO FACULTADAS PARA OBLIGARLOS CAMBIARIAMENTE.

NOMBRE COMPLETO

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

LAS FIRMAS ANTERIORES ESTAN AUTORIZADAS HASTA EL MOMENTO EN QUE SE COMUNIQUEN A USTEDES  
POR ESCRITO, SU CAMBIO O RENOVACION

(para su mejor digitalizacion favor de repetir su firma)

(1)



(2)



(3)



(4)



---

PRINCIPAL

---

NOMBRE :

