

ENTREVISTA DE PROSPECTO DE CLIENTE
PERSONA MORAL



PRODUCTO:

Fecha:

Datos para el alta de cliente y la elaboración del contrato de prestación de servicios entre Toka Internacional S.A.P.I. de C.V. SOFOM E.N.R.

DATOS DE EMPRESA (llenado por el Cliente)

Nombre del cliente o Denominación Social:		RFC:	
NACIONALIDAD:			
Delegación / Municipio		Ciudad o Población	
ESTADO		C.P.	
Domicilio Fiscal (calle):		No. Ext.:	No. Int.:
Colonia			
Giro de la Empresa		En caso de ser Otro (especificar)	
Referencias de ubicación Fiscal:			
Lada	Teléfono y extensión	Tel. Conmutador	Página Web:
Grupo Comercial al que Pertenece		Nombre de los bancos que maneje para pago a proveedores.	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo	Correo Electrónico:
-----------------	---------------------

RESPONSABLE DEL SERVICIO Y/O CUENTA

Nombre completo				Cargo:
Lada	Teléfono Contacto	Ext.	Celular:	Correo Electrónico:

DATOS DE QUIEN RECIBE LA FACTURA

Nombre completo				Cargo:
Lada	Teléfono Contacto	Ext.	Celular:	Correo Electrónico:

DATOS DEL RESPONSABLE DE TESORERIA Y/O PAGOS

Nombre completo				Cargo:
Lada	Teléfono Contacto	Ext.	Celular:	Correo Electrónico:

DATOS DEL RESPONSABLE DE QUIEN RECIBE LAS TARJETAS

Nombre completo				Cargo:
Lada	Teléfono Contacto	Ext.	Celular:	Correo Electrónico:

Condiciones Comerciales (Llenado por el distribuidor)

Número de tarjetas	COSTO POR TARJETA	Frecuencia de Depósitos y/o Dispersión	Importe a dispersar:	Comisión por servicio:
Fecha de entrega de tarjetas al cliente:		Fecha aproximada de 1era Dispersión:		
Tarjetas personalizadas	Tarjetas adicionales	Cantidad	Lote Stock	Cantidad
Distribuidor	E-mail	Status del cliente (breve des. del proyecto)		Firma del Comercial y/o distribuidor
Telef. Fijo	Telef. Móvil			

CAMPO SOLO PARA DIRECCIÓN COMERCIAL (Desglose de comisiones)

Domicilio de entrega 1

1	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	

Domicilio de entrega 2

2	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	

Domicilio de entrega 3

3	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	

Domicilio de entrega 4

4	Calle	No. Ext.	No. Interior	Colonia	
	Municipio o Delegación	Ciudad	Estado		Código Postal
	Referencias de Dirección	Días y Horario de Recepción de Tarjetas		Lada	Teléfono y extensión:
			Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
	Nombre de las personas que reciben las Tarjetas	Área o Departamento		E-Mail	