

## SOLICITUD DE PUNTOS DE VENTA

**AGENCIA / BANCA:** 
**FECHA** 

### DATOS DEL CLIENTE

C.I. N° o R.I.F. N°		Razón Social / Firma Personal		Nombre Comercial (Fantasía)	
-					
Actividad Comercial				Tiempo en el Mercado	
Cuenta de Liquidación: (20 díg. N° Código Cuenta Cliente)		<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>			
Avenida / Calle		Edificio / Centro Comercial / Quinta		Piso / Nivel	Local / Oficina
Cod. Postal	Urbanización		Ciudad		Municipio
Estado	N° de Teléfono CANTV		Otro N° Telefónico		Correo Electrónico
	Código	Teléfono	Código	Teléfono	
Tiempo en esta Dirección:			Punto de Referencia (ubicación del Local):		

### INFORME DEL CLIENTE

Transacciones mensuales estimadas (cant.):      Con Crédito: \_\_\_\_\_ Con Débito: \_\_\_\_\_

Ventas mensuales estimadas en Bs.:              Con Crédito: \_\_\_\_\_ Con Débito: \_\_\_\_\_

Tipo de Inmueble:  Propio     Arrendado      N°de Locales: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo:  Diurno     Nocturno     Mixto    Afiliado a otro Banco  Sí  No

### INFORMACIÓN DE OTROS BANCOS (Sólo si tiene Puntos de Venta con otros Bancos)

Nombre del Banco	Tipo de POS	Cant. POS	Tasa Afiliado TDC	Tasa Afiliado Extrafinanc.	Tasa Afiliado Diners/Amex	Tasa Afiliado TDD	Marca Tarjeta de Débito
							<input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Electrón
							<input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Electrón

### PRODUCTOS ASOCIADOS AL PUNTO DE VENTA

Extrafinanciamiento     Visa de Distribución

### DATOS DEL (LOS) REPRESENTANTE (S) LEGAL (ES)

Nombres y Apellidos	C.I. / Pasaporte	Cargo	Teléfonos (Hab./ Celular)

### DATOS DE LA (S) PERSONA (S) DE CONTACTO

Nombres y Apellidos	C.I. / Pasaporte	Cargo	Teléfonos (Hab./ Celular)

### DECLARACIÓN DE LA SOLICITUD

Declaro expresamente y así lo hago constar, que mediante la presente solicito(amos) la Afiliación al Servicio de Puntos de Venta y/o Visa Distribución de Banplus. Con la firma de esta solicitud acepto(amos) los términos y condiciones del contrato establecido por el banco, cuyo contenido declaro conocer en su totalidad. Doy(amos) fe que los datos aquí suministrados son ciertos y autorizo(amos) a Banplus, para comprobar los mismos. Igualmente declaro haber sido notificado de las circulares emanadas por la Superintendencia de Bancos SIB-DSB-II-GGR-16736 , SIB-DSB-II-GGR-17248 de fechas fecha 11 de Agosto y 18 de Agosto de 2017 respectivamente.

**Por el Cliente**
**Por el Cliente**

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_



**PROPUESTA DE AFILIACIÓN PARA EL COMERCIO (SÓLO PARA USO DEL BANCO)**

<b>Categoría y Código</b>		<b>ISLR</b>				<b>Exento de ISLR</b>	
		<input type="checkbox"/> PJR	<input type="checkbox"/> PJE	<input type="checkbox"/> PJG	<input type="checkbox"/> PJI	<input type="checkbox"/> PNR	<input type="checkbox"/> PNE <input type="checkbox"/> PNG
						<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Tasa de Afiliado Según Categoría</b>		<b>Tasa de Afiliado Sugerida</b>		<b>Cantidad de POS</b>	<b>Ubicación del POS en el Local</b>		
<input type="checkbox"/> Electron:	<input type="checkbox"/> Extraf:	<input type="checkbox"/> Electron:	<input type="checkbox"/> Extraf:				
<input type="checkbox"/> Maestro:	<input type="checkbox"/> Crédito:	<input type="checkbox"/> Maestro:	<input type="checkbox"/> Crédito:				
<b>Tipo de Punto de Venta Solicitado</b>			<b>Horario de visita al Local</b>	<b>Afiliación Temporal</b>			
<input type="checkbox"/> Dial Up	<input type="checkbox"/> Inalámbrico	<input type="checkbox"/> PC-VPOS		<input type="checkbox"/> SI	Desde _____	Hasta _____	
<input type="checkbox"/> Red LAN	<input type="checkbox"/> POS Virtual IPG	<input type="checkbox"/> Dial Up (Visa Dist.)		<input type="checkbox"/> NO			

**COMENTARIOS**

Gerente / Ejecutivo que realizó la visita al comercio: _____	Firma: _____
Recomendado por: _____	

**ACUERDO DEL ÁREA DE NEGOCIOS**

<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Devuelto		
Tasa de Afiliado TDD: _____ Tasa de Afiliado TDC: _____ Tasa de Afiliado Extra Financiamiento Plus: _____		
<b>Aprobado por la Gerencia de Negocios</b>	<b>Aprobado por la Vicepresidencia Regional de Negocios</b>	<b>Aprobado por la Vicepresidencia de Medios de Pago</b>
Nombre y Apellido: _____	Nombre y Apellido: _____	Nombre y Apellido: _____
Firma: _____ Fecha: _____	Firma: _____ Fecha: _____	Firma: _____ Fecha: _____

**SOLO PARA SER UTILIZADO POR EL ÁREA DE OPERACIONES DE TARJETAS**

<b>N° de Afiliación Comercial:</b>	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																	
<b>Procesado Por:</b>	<b>V°B° de:</b>			<b>Comité de POS:</b>														
Nombre y Apellido: _____	Nombre y Apellido: _____			Nombre y Apellido: _____														
Firma: _____ Fecha: _____	Firma: _____ Fecha: _____			Firma: _____ Fecha: _____														