

AFILIACIÓN ACTUALIZACIÓN

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa (Razón Social) :	Rif N°:	Denominación Comercial:	Actividad Económica:
Dirección:			
Zona Postal:	Ciudad:	Estado:	Teléfono Fijo:
Correo Electrónico:			

DATOS DEL (LOS) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) DE LA EMPRESA (CLIENTE)

Nombres y Apellidos:	Cédula de identidad :	Cargo
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico
Nombres y Apellidos	Cédula de identidad	Cargo
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico

FIRMAS INDISTINTAS CONJUNTAS

DATOS DEL ADMINISTRADOR DESIGNADO POR LA EMPRESA

Nombres y Apellidos:	Cédula de identidad :	Cargo
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico

HORARIO DE ACCESO DEL ADMINISTRADOR

Lunes a Viernes de 8.00 am a 6.00 pm Indefinido (Todos los días a toda hora)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESDE <input type="checkbox"/> AM						
: <input type="checkbox"/> PM						
HASTA <input type="checkbox"/> AM						
: <input type="checkbox"/> PM						

El cliente autoriza a Banco Sofitasa Banco Universal C.A. (Banco Sofitasa) para que:(a) corrobore la fidelidad de los datos y los documentos consignados, sean estos públicos o privados, que sirven de base para la aprobación de las operaciones que realice con Banco Sofitasa, de conformidad con lo establecido con la normativa vigente; (b) debite de cualquier cuenta de depósito que mantenga en Banco Sofitasa, las cantidades de dinero requeridas para el pago total o parcial de la contraprestación o cualesquiera gastos, comisiones, tarifas o recargo que le adeude con ocasión al servicio solicitado; y, (c) suministre su información a los organismos competentes, nacionales e internacionales, de ser el caso. Asimismo, se compromete a suministrar y mantener actualizada la información legal o financiera, que reposa en su expediente en Banco Sofitasa, así como a notificar oportunamente la revocatoria del (los) administrador(es) y/o Usuario(s) Autorizado(s), u otro cambio que surja, mediante comunicación que consignará en la agencia del Banco Sofitasa donde tramitó la apertura de su(s) cuenta(s) de depósito. El cliente declara expresamente: (a) que de conformidad con las normas que regulan las actividades de Prevención y Control de la Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en las contrataciones que soportan los servicios prestados, las cantidades de dinero que se le debiten o acrediten en virtud de la ejecución del mismo, provienen de fuentes lícitas y, por consiguiente, no tiene relación directa o indirecta, con actividades prohibidas por las normas antes referidas; (b) que no está incurso en las prohibiciones contempladas en el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Instituciones del Sector Bancario; (c) que las actuaciones y actividades realizadas por el(los) Administrador(es) y/o el(los) Usuario(s) autorizado(s) son de la exclusiva responsabilidad del cliente autorizante.

Sello de la Empresa	C.I. _____ Firma del Representante Legal de la Empresa	C.I. _____ Firma del Representante Legal de la Empresa
---------------------	---	---

ESPACIO PARA SER UTILIZADO POR LA AGENCIA

Fecha de Envío:	Nombre de la Agencia / Vp.Regional	Nombres y Apellidos del Geren:	Firma y Sello (Autorizado)
-----------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------

ESPACIO PARA SER UTILIZADO POR BANCA VIRTUAL

Fecha de Envío:	Recibido por:	Procesado por:	Firma	Fecha de Afiliación:
-----------------	---------------	----------------	-------	----------------------

Original: Cliente Copia: Expediente del Cliente

*Administrador: Persona natural identificada en la SOLICITUD, que se encuentra habilitada, para actuar en nombre del CLIENTE, en todo lo relacionado con la prestación del SERVICIO