

FORMULARIO DE INSCRIPCION DE PROVEEDORES

RAZON SOCIAL

RTN _____

PERSONERIA: _____ FISICA _____ JURIDICA

ORIGEN: _____ NACIONAL _____ EXTRANJERO

DIRECCION: _____

DEPARTAMENTO: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

APARTADO POSTAL: _____

GIRO COMERCIAL _____ SERVICIOS _____

VIA DE PAGO: _____ CHEQUE _____ TRANSFERENCIA

CONDICION DE PAGO:

CONTADO _____

CREDITO: _____ 8 DIAS _____ 15 DIAS _____ 30 DIAS _____ 60 DIAS _____ 90 DIAS _____ 120 DIAS

CONTROL DE BANCOS:

NOMBRE DEL BANCO _____ PAIS _____

NUMERO DE CUENTA _____

TITULAR DE LA CUENTA _____

Tegucigalpa M. D. C. _____ de _____ del 2011