# C:\Documents and Settings\Oficina\Mis documentos\Docum1\KEYLA\FOTOS CHASTEL\1.PNG

#  UNIFORMES CHASTEL

###  Solicitud para distribuidores

|  |
| --- |
| Información del distribuidor |
| Nombre de la empresa |  | Responsable y/o aval |  |   | Fecha |  / / |
| Dirección |  |  Apartamento # |  |
| Ciudad |  | Estado |  | Código postal |  |
| Teléfono |  | Dirección de correo electrónico |  |
| CURP / RFC |  |  |  | Monto Inicial que desea invertir | $  |
| ¿Está usted relacionado con el área de salud? | SÍ  [ ]  | NO  [ ]  | ¿Tiene usted distribuidora de productos médicos o dentales? | SÍ  [ ]  | NO  [ ]  |
| ¿Tiene experiencia en ventas? | SÍ  [ ]  | NO  [ ]  | Si es así, ¿Cuánto? |  |
|  |
| Referencias |
| Enumere tres referencias. |
| Nombre completo |  | Parentesco |  |
| Compañía |  | Teléfono | (           ) |
| Dirección |  |
| Nombre completo |  | Parentesco |  |
| Compañía |  | Teléfono | (           ) |
| Dirección |  |
| Nombre completo |  | Parentesco |  |
| Compañía |  | Teléfono | (           ) |
| Dirección |  |

|  |
| --- |
|  |
| ACUERDO DE responsabilidad |
| Las respuestas dadas anteriormente son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.  |
| Firma |  | Fecha |  |