



SOLICITUD DE CREDITO CUENTAS EJECUTIVAS: _____ **FECHA:** _____

Las solicitudes incompletas no seran procesadas. Puede adjuntar la hoja de credito de la empresa a la solicitud si es necesario.

COMPANY INFORMATION

NOMBRE LEGAL DEL NEGOCIO: _____ Telefono _____

DBA (SI DIFERENTE): _____ Fax _____

DIRECCION DE ENTREGA: _____

Direccion

Ciudad

Estado

Codigo Postal

DIRECCION DE ENVIO: _____

Direccion

Ciudad

Estado

Codigo Postal

TIPO DE NEGOCIO Y CONTACTO DE A/P:

Propiedad

Camaraderia

Estado Incluido

Date

EIN / Identificacion Federal#

A/P Nombre de Contacto

Licencias Comerciales Estatales#

Fecha Efectiva

A/P Correo Electronico

Telefono

Ext.

Fax

Correo Electronico de Pedidos Web

Direccion Web

Si se requieren estados de cuenta mensuales, proporcione el correo electrónico a continuación; Si no se enviará ninguno o un correo electrónico incompleto, es tomado como rechazo de declaraciones electrónicas:

Términos:

Todos los clientes nuevos están sujetos a los términos Net 10 pagados mediante cheque.

Si el solicitante desea pagar mediante ACH u otro procedimiento de pago, comuníquese con ARaccounting@GetFreshSales.com para informarle de dicho selección y se le proporcionará más información como sea necesario.

Por favor regrese a su Ejecutivo de Cuenta, o envíe un fax al 702.897.2847 o envíe un correo electrónico a ARaccounting@getfreshsales.com



OWNER / OFFICER INFORMATION

Lista de propietarios, socios o funcionarios. Si está constituido, indique el presidente, el secretario y el tesorero. El abajo firmante da su consentimiento para que Get Fresh Sales, Inc. obtenga informes de crédito del consumidor. Yo Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y autoriza a Get Fresh Sales a realizar consultas sobre las referencias comerciales enumeradas. Get Fresh Sales, Inc. está autorizado por la presente a verificar todas y cada una de las aclaraciones a través de cualquier fuente disponible.

1. _____	2. _____	
Nombre	Nombre	
_____	_____	
Titulo	Numero De Seguro Social	
_____	_____	
Direccion	Direccion	
_____	_____	
Ciudad	State	Codigo Postal

BUSINESS TRADE REFERENCES

1. _____	_____	_____
Nombre de Compañia	Telefono	Fax
2. _____	_____	_____
Nombre de Compañia	Telefono	Fax
_____	_____	_____
Firma Autorizada	Titulo	Fecha

Si esta cuenta no se paga dentro de los términos establecidos en la factura, entiendo/entendemos que se agregará un cargo por servicio al saldo pendiente mensualmente. Este cargo por servicio no excederá el 18 % y se basará en el saldo pendiente si, debido a la falta de pago, esta cuenta se coloca para cobro. Acepto/aceptamos pagar a Get Fresh Sales además de los cargos regulares, incluidos los cargos por servicio, una suma adicional como cobro y/o honorarios de abogados/o costos de juicio y corte. Yo/nosotros acordamos y entendemos que si vendo, intercambiamos o de cualquier manera transmitimos la propiedad y/o la operación de mi/nuestro negocio bajo el mismo nombre comercial a otra persona o entidad comercial, seguiré siendo responsable y garantizaremos pago de todas las compras futuras realizadas por ellos hasta que Get Fresh Sales, Inc. envíe y reciba una notificación expresa y directa por escrito. Acepto ser responsable del pago de la cuenta.

GARANTÍA PERSONAL: CON EL EFECTO DE EVALUAR LA CREDIBILIDAD DE:

NOMBRE DEL NEGOCIO _____ N RELACIÓN CON ESTA SOLICITUD: _____

Nombre del Garante

Numero de Seguro Social#

Direccion

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Por favor regrese a su Ejecutivo de Cuenta, o envíe un fax al 702.897.2847 o envíe un correo electrónico a ARaccounting@getfreshsales.com