

FORMULARIO DE SOLICITUD INGRESO

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre o razón social				RNC				Fecha			
Corredor desde (fecha)				Licencia de corredor							
<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona jurídica				Teléfonos							
Correo electrónico				Representante(s)							
Dirección <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Autopista				Número		Nombre Edificio o Residencial			Apartamento		
Piso		Bloque				Sector					
Municipio / Ciudad				Provincia							
Soluciones que ofrece											
Preferencias en ramo de seguros <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Vida retiro <input type="checkbox"/> Salud Intl. <input type="checkbox"/> Incendio y líneas aliadas Otros (indique):											
Recomendado por (3 recomendaciones)											
1.											
2.											
3.											
Expectativas o intereses sobre su afiliación a ADOCOSE											
Toda la información suministrada está completa y correcta. Autorizo a ADOCOSE a cargar a la tarjeta de crédito más abajo indicada (de ser el tipo de pago elegido), los cargos también más abajo indicados. Certifico que la persona que completó el formulario, es la persona autorizada para utilizar y firmar por la tarjeta mencionada.											
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual				Forma de pago <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque							
Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express				Fecha de vencimiento (TC)			Tipo (TC) <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Corporativa				
Otra:											
Fecha aplicación del cargo (TC) <input type="checkbox"/> Principios de mes <input type="checkbox"/> Medios de mes <input type="checkbox"/> Finales de mes											
TC.:										CVV	
Zona gris para uso exclusivo de directiva de ADOCOSE											
Aprobado en sesión de fecha				Aprobado por				Monto total anual de la membresía (según clasificación)			
Observaciones											
Firma del solicitante						Fecha de la firma					

*Favor devolver este formulario debidamente completado y firmado por correo electrónico. La firma deberá ser física, no electrónica. Se debe adjuntar copia de la tarjeta de crédito de ambos lados y la identificación correspondiente en caso de utilizar esta forma de pago.