



AMERICAN DIAGNOSTIC CORPORATION

Información de Cuenta de Cliente Forma CS82ES

Un mensaje para nuestros clientes: Gracias por su interés en nuestros productos. Por favor tome su tiempo para completar este formulario para que podamos crear su cuenta de cliente. ADC usa un programa de datos sofisticado, y toda la información solicitada es necesaria para completar su cuenta en nuestro sistema. Toda la información que usted provea será confidencial, y nos ayudara a mejor serviles. Sección o campo marcado con ✦ son los mas requeridos, como sea todos los campos deberían ser completados para asegurar que el proceso sea exacto.

Información general de compañía

✦ Nombre de Compañía:	
No de ID de Impuesto:	
Pagina de Web:	
Tiempo en el negocio:	
Región que sirven:	
Referido Por:	

Indique el tipo de organización abajo:

Corporación
 Sociedad
 Sociedad Individual

Mercados servidos primordiales (Elija cual)

<input type="checkbox"/> Suplidor de Oficinas de Doctores (100)	<input type="checkbox"/> Suplidor de Hospitales (110)	<input type="checkbox"/> Suplidor de Clínicas de Reposo (120)	<input type="checkbox"/> Tiendas Universitarias (130)
<input type="checkbox"/> Suplidor de Mercados Ambulatorios (140)	<input type="checkbox"/> Laboratorios/suplidor de Seguridad (150)	<input type="checkbox"/> Suplidor de Productos Veterinarios (160)	<input type="checkbox"/> Suplidor Dental (170)
<input type="checkbox"/> Mercado Múltiple (180)	<input type="checkbox"/> OEM (190)	<input type="checkbox"/> Uniformes (200)	<input type="checkbox"/> Exportación (210)
<input type="checkbox"/> Cuidados Caseros (220)	<input type="checkbox"/> Catalogo (250)	<input type="checkbox"/> Venta al Mayor (260)	<input type="checkbox"/> Promocional (270)
<input type="checkbox"/> Otro (indicar):			

Si usted tiene múltiples direcciones de envío o cobro, por favor indique en su dirección primordial abajo. Por favor ponga direcciones adicionales en una página separada si es necesario.

✦ Información de dirección de cobro

Dirección:			
Ciudad:		Estado:	
Código Postal:		País:	

✦ Información de dirección de envío

Dirección:			
Ciudad:		Estado:	
Código Postal:		País:	



AMERICAN DIAGNOSTIC CORPORATION

Información de Cuenta de Cliente Forma CS82ES

✦ **Información de Contacto**

Por favor incluya el nombre y información de contacto para el Dueño /Presidente, Departamento de compras, Departamento Contabilidad, Departamento de ventas. Si usted tiene múltiples direcciones de cobro o envío por favor incluya información de contacto para cada una de las direcciones necesarias.

1	Nombre de Contacto:			
	Departamento:		Título:	
	Teléfono:	Fax:	Email:	
2	Nombre de Contacto:			
	Departamento:		Título:	
	Teléfono:	Fax:	Email:	
3	Nombre de Contacto:			
	Departamento:		Título:	
	Teléfono:	Fax:	Email:	
4	Nombre de Contacto:			
	Departamento:		Título:	
	Teléfono:	Fax:	Email:	
5	Nombre de Contacto:			
	Departamento:		Título:	
	Teléfono:	Fax:	Email:	

Los siguientes documentos pueden ser proveídos por fax, e-mail, o correo. Por favor escoja una opción para cada un documento. Más de un contacto puede recibir copia del documento, pero solo puede estar en un formato. Liste los contactos que requieren cada uno de los documentos usando el número de referencia a la izquierda del nombre del contacto arriba para su conveniencia. Notar: que si usted ha listado contactos adicionales en una página diferente que pueda requerir estos documentos, Por favor indique los documentos que este contacto pueda requerir, y el formato que ellos puedan preferir bajo su información de contacto. Estos documentos pueden ser distribuidos por dirección de envío si es requerido.

Tipo de Documento:	Fax	Email	Correo fisico	Contactos
Factura				
Factura Final				
Notificación de envío				
Confirmación de Orden				

✦ **Información de Envío Adicional**

Método de Envío Preferido :	<input type="checkbox"/> UPS	<input type="checkbox"/> FedEx	<input type="checkbox"/> Otro:
No. de cuenta collect o partido tercero: (Si es aplicable) Notar: Si es una cuenta de un partido tercero por favor adjunte el nombre completo y dirección del que sostiene la cuenta.			
¿Es su dirección una dirección residencial?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Su facilidad puede recibir embarques en paletas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	



Información de Cuenta de Cliente Forma CS82ES

Sección de Referencias

Referencias de Banco

Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____

Referencias Comerciales

1:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____
2:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____
3:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____
4:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____

Esta sección debe de ser completada por clientes que no están localizados en USA; es opcional para los clientes domésticos

Referencias Comerciales Extranjeras

1:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____
2:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____
3:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____
4:Nombre: _____	No. de Cuenta: _____
Dirección: _____	
No. de Teléfono: _____	Email: _____



Información de Cuenta de Cliente Forma CS82ES

Esta sección es solo para clientes en los estados unidos que deseen establecer una línea de crédito con ADC

Sección de aplicación de crédito

Para que le procesemos su aplicación lo más rápido posible, asegúrese que tenga lo siguiente:

- Imprima claramente o mecanografiar sus respuestas
- Incluya números de cuenta para todos las referencias de bancos y comerciales.
- Provea información como (no. de teléfonos/ no. de fax , direcciones, contactos)
- Firme la “autorización de dar Información”

Por favor notar que tomara por lo menos tres semanas para procesar su aplicación (Nota: Tiempo de proceso puede variar dependiendo de sus referencias.) Puede pagar sus Compra Por COD, visa, Master card, o cheque PRE-pagado. Si lo manda por correo use la dirección que esta abajo. Gracias por su cooperación.

Autorización para revelar información (sí es aplicable):

Firma autorizada	Fecha
Gerente de Crédito	

Esta sección esta reservada para uso de ofician de ADC.

Revision Control Table				
Rev #:	Rev Date:	Revision History Filename:	Creator:	Approver:
1	6/23/23	Form CS82 Rev 3/Form CS82ES Rev 1	M. Falco	K. Silk
2	9/5/24	Form CS82 Rev 4/Form CS82ES Rev 2	M. Falco	C. Campbell

For Office Use Only	
Terms: _____	Salesperson: _____
Date: _____	Pricing: <input type="checkbox"/> For specific items (list or attach) <input type="checkbox"/> % Price:
Limit: _____	Pricing Begins: _____
	Pricing Ends: _____