



FORMULARIO DE SOLICITUD PARA DISTRIBUIDOR

Nombre de la Compañía _____ Fecha _____

Objeto de la Compañía

No. Registro de Comercio _____

Nombre del Representante Legal _____

Pais _____ Ciudad _____

Direccion _____

Telefonos _____

Correo Electronico _____

Portal _____

No. de Cta. Bancaria _____

Área Comercial Geográfica a cubrir _____

Productos que le interesa distribuir _____

Referencia Comerciales

Referencias Bancarias _____

Distribuye Software Médico de la competencia SI NO

Guatemala City, Guatemala. C.A PBX 502-2288-1600

Latina America

USA 1-786-269-0433

Toda información proveída será protegida por confidencialidad y no será divulgada a terceras personas y/o entidades