



Solicitud Afiliación Punto de Venta



Persona Natural - Profesional de Libre Ejercicio
 Persona Natural - Firma Personal
 Emprendedores
 Persona Jurídica

Fecha

Nueva Afiliación	POS Adicional	Evento	Actualización de datos	Soluciones en Línea	Servicio Merchant
------------------	---------------	--------	------------------------	---------------------	-------------------

PERSONA NATURAL / PROFESIONAL LIBRE EJERCICIO / FIRMA PERSONAL/ EMPRENDEDOR

Nombres y Apellidos		Documento de Identidad/ RIF	Actividad Comercial/ Profesional
Dirección			
Número de Teléfono		Correo Electrónico	

PERSONA JURÍDICA

Razón Social		RIF	Actividad Comercial/ Profesional
Nombres y Apellidos Representante			Documento de Identidad
Sector / Avenida / Calle		Nombre del Edificio Casa	Piso Local / Oficina Urbanización / Barrio
Ciudad	Parroquia	Municipio	Estado Apartado Postal
Número de Teléfono		Correo Electrónico	

DATOS COMPLEMENTARIOS

Tiempo en el Mercado	Condición del Local Propio Arrendado Tienda Virtual		Si posee Tienda Virtual indicar: Usuario: Red Social:		Horario de Atención	Días de Operación L M M J V S D			
Contribuyente Especial Sí No	Cantidad de Empleados	Forma de pago Crédito Otros	Número de Cuenta Bancaria Afiliada al Servicio de Punto de Venta 0 1 9 1						

UBICACIÓN FÍSICA DEL PUNTO DE VENTA

Sector / Avenida / Calle		Nombre del Edificio Casa	Piso Local / Oficina Urbanización / Barrio
Ciudad	Parroquia	Municipio	Estado Apartado Postal
Punto de Referencia			

DATOS DE LA PERSONA CONTACTO

Nombre y Apellido	Correo Electrónico	Cargo	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Nombre y Apellido	Correo Electrónico	Cargo	Teléfono Fijo	Teléfono Celular

REFERENCIAS DE PUNTOS DE VENTA QUE POSEE

Banco	Tasa T. Débito	Tasa T. Crédito

DESGLOSE DE FACTURACIÓN MENSUAL

Facturación Promedio Mensual BS. (POS)

Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito	Efectivo	Total
--------------------	-------------------	----------	-------

DE SOLICITAR PUNTOS DE VENTA FÍSICOS, INDIQUE LO SIGUIENTE

Equipos Inalámbricos: GPRS: Wifi:	Equipos Fijos: RED LAN: CANTV:	Cantidad de POS: Teclado Abierto** Si No	Operador telefónico de mejor condición de cobertura Digitel Movistar Movilnet
--------------------------------------	-----------------------------------	--	--

SI ES UN EQUIPO MERCHANT, SEÑALAR A CONTINUACIÓN

Nombre Comercial:	Nombre del Aplicativo Caja / Facturador:	Cantidad de Cajas Registradoras:
Medios de Pagos a considerar:	TDD: TDC: Verificación P2C: Verificación C2P: Vuelto:	

EN CASO DE SOLICITAR "SOLUCIONES EN LÍNEA", COMPLETAR

Lenguaje de Programación:	Dirección IP:	URL:
Notificación de Pagos: Si: No:	C2P: Si: No:	POS Virtual ** Log In SI No
Observaciones:		

** Consignar Carta de Compromiso.
 ADM-097 (12/2024)



DECLARACIONES DEL CLIENTE

De ser aprobada la presente solicitud, el Cliente se compromete a mantener actualizada la información legal y/o financiera que reposará en el expediente que mantendrá en el Banco Nacional de Crédito, C.A. Banco Universal (BNC); así como, notificar oportunamente los cambios que respecto a la misma se produzcan, mediante comunicación remitida a través de la red de agencias de BNC o cualquier otro medio que BNC ponga a su disposición para tal fin. Asimismo, declara: (i) que conoce, entiende y acepta el contenido del Contrato de Afiliación al Servicio de Punto de Venta (el Contrato), publicado y a su completa disposición en la página web de BNC; (ii) que ejerce una actividad económica, comercial y/o profesional con el estricto cumplimiento de todas las disposiciones jurídicas de índole fiscal y tributaria; (iii) que autoriza a BNC a enviar las notificaciones de los pagos móviles y/o transferencias bancarias e interbancarias de acuerdo con las políticas de seguridad establecidas por BNC, a las direcciones de contacto suministradas oportunamente; (iv) que confirma la veracidad de los datos y documentos consignados que sirven de base para la aprobación de esta solicitud, de acuerdo a la normativa vigente o aquella que la modifique o sustituya a futuro, por lo que, BNC puede comprobar la autenticidad de la documentación y/o información proporcionada; (v) que autoriza expresamente a BNC a debitar de la cuenta de depósito señalada en esta solicitud o cualquier otra cuenta o instrumento financiero que tenga en BNC, las cantidades de dinero requeridas para el pago total o parcial de las obligaciones asumidas por el Cliente; así como, las cantidades correspondientes a cada transacción objeto de reclamo por parte de los clientes, sus representantes legales o entidades emisoras de Tarjetas Nacionales e Internacionales o por los consumos que generen operaciones fraudulentas no reconocidas por los Tarjetahabientes o por terceros; según lo previsto en el Contrato de Afiliación; (vi) que no está incurso en las prohibiciones para contratar con BNC, contempladas en el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Instituciones del Sector Bancario y cualquier otra normativa vigente; y, (vii) que de conformidad con las normas que regulan las actividades de Prevención y Control de la Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, durante la vigencia del Contrato, las cantidades de dinero que se le debiten o acrediten en virtud de la ejecución del mismo, provienen de fuentes lícitas y, por consiguiente, no tienen relación directa o indirecta, con actividades prohibidas por las normas antes referidas.

EN CASO DE COMERCIANTE - PERSONA NATURAL

Yo, _____, antes identificado, sin perjuicio de la declaración previa, manifiesto bajo fe de juramento que soy Comerciante y ejerzo mi actividad como Profesional de Libre Ejercicio, basado en que: (i) tengo plena capacidad negocial y en consecuencia, ejerzo el Comercio como profesión habitual y permanente; y, (ii) realizo actos objetivos de comercio en pro de la obtención de un beneficio económico o patrimonial lícito de conformidad con el Código de Comercio vigente.

FIRMA(S) AUTORIZADA(S) DEL CLIENTE

Nombre y Apellido	_____	Nombre y Apellido	_____
	Firma		Firma

PARA USO DE LA OFICINA GESTORA

Rubro destinado para el Punto de Venta

OBSERVACIONES

ÁREA DE NEGOCIOS

Agencia	Nombre y Apellido		_____
Fecha de Recepción	Cargo	Código de Ejecutivo	Firma

OBSERVACIONES PARA USO DE LA GERENCIA DE AFILIACIÓN AL SERVICIO POS

Base de Datos de Riesgo				Status		Tasa Afiliación	
				Aprobado	TDD	TDC	
				Diferido			
				Negado			

FIRMAS AUTORIZADAS

Gerente de Afiliación al Servicio POS		Vicepresidente de Soluciones Electrónicas	
Nombre y Apellido	_____	Nombre y Apellido	_____
	Firma		Firma