



¿Desea servicio VIP? Sí No

SOLICITUD DE SERVICIOS DEL REGISTRO MERCANTIL

PERSONA FÍSICA

Para que este formulario sea recibido debe estar completo y llenado a computadora
Para consultas escribir a: info@camaraespaillat.net

DATOS DEL GESTOR DEL SERVICIO

Este servicio es solicitado por: Oficina de Abogados Sociedad Persona Física

Oficina de Abogados/Sociedad/Persona Física: _____ RNC/Cédula: _____

Nombre de la Persona de Contacto: _____ Cédula: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

¿A nombre de quién se emitirá la factura? _____ RNC/Cédula: _____ SD

¿Desea Comprobante Fiscal? Sí No REGISTRO NO. : _____

DATOS DE LA SOLICITUD (marcar servicio deseado)

Registro Nuevo Modificación del Registro Original Renovación Registro Duplicado

Nombre(s) y Apellido(s):									
Cédula de Identidad Electoral:			Nacionalidad:			Pasaporte:		Año	
Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a)		Profesión:							
Fecha Emisión/Matriculación:		Día	Mes	Año		Fecha de Vencimiento:		Día	Mes
Dirección de la Residencia:		Calle			Número		Sector		Cuidad
Teléfono 1:		Teléfono 2:			Fax:				
Apartado Postal:		E-mail:			Website:				
Nombre del Establecimiento:									
Dirección del Establecimiento:		Calle			Número		Sector		Cuidad
Teléfono 1:		Teléfono 2:			Fax:				
Apartado Postal:		E-mail:			Website:				

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

Servicios Industrial Agrario Comercio

ACTIVIDAD/DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO	PRINCIPALES PRODUCTOS/SERVICIOS	SISTEMA ARMONIZADO (SA)

DATOS DE ADMINISTRADORES Y/O PERSONAS AUTORIZADAS A FIRMAR EN SU NOMBRE

Nombre(s) y Apellido(s)	Dirección (Calle/Número/Sector)	Cédula/Pasaporte	Nacionalidad	Estado Civil

Pase a la última página

	Capital General (Patrimonio)	Bienes Raíces	Fecha de Inicio de Operaciones		
Monto			Día	Mes	Año
Moneda					

REFERENCIAS COMERCIALES	REFERENCIAS BANCARIAS

NÚMERO DE EMPLEADOS	F:	M:	TOTAL:
---------------------	----	----	--------

Nombre Comercial: _____ No. de Registro: _____

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE	
Yo _____	en calidad de
<input type="radio"/> Gerente <input type="radio"/> Representante Autorizado*	por la presente afirmo bajo juramento que los datos son correctos y completos y que no he omitido ni falseado información alguna.
_____	_____
Firma	Fecha
*Nota : En caso de Representante Autorizado anexe poder de representación	