



Esta información es confidencial y nos ayudara a darle un mejor servicio, Favor de usar letra de molde o maquina

**AVISO DE PRIVACIDAD**, por lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Diagnostico MexicoAmericano y/o subsidiarias y/o filiales; con domicilio en Vicente Rivapalacio 675 sur colonia Jorge Almada en la ciudad de Culiacán Sinaloa en el teléfono 667-7123000 fax 667-7161010 hace del conocimiento de usted, que sus datos personales, incluso los datos considerados como sensibles, así como los datos patrimoniales o financieros, que sean recabados o generados con motivo de la relación comercial que usted celebre con nosotros, o que para tal efecto, se haya celebrado previamente, será tratada para todos los fines que tengan vínculo con dicha relación, tales como; identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos o servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones que sean derivadas de tal relación y otros fines compatibles, quedando expresamente convenido, que su información no será otorgada a terceros y que ningún personal de nuestra empresa está autorizado a solicitar información financiera tal como números de cuenta, claves de identificación personal o otra sensible a sus finanzas, Para mayor información ponemos a su disposición el aviso de privacidad en: <http://www.dma.org.mx/aviso.html>

Este mensaje y los datos adjuntos son para uso exclusivo de la persona o entidad a la que expresamente ha sido enviada y puede contener información PRIVILEGIADA y CONFIDENCIAL. Si ha recibido esta comunicación por error: 1) queda estrictamente prohibido la revelación, retransmisión, difusión o el uso de la información contenida, 2) por favor elimine y destruya todas las copias; y 3) favor de informar al 667-7161010 o [dma@dma.org.mx](mailto:dma@dma.org.mx) Su cooperación es agradecida.

## DATOS COMERCIALES DE SUS OFICINAS

► Nombre a comercial \_\_\_\_\_ Inicio de actividades \_\_\_\_\_

Domicilio administrativo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_

Colonia: ( etc ) \_\_\_\_\_ C.p. \_\_\_\_\_ Tels. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Entre que calles \_\_\_\_\_ referencia \_\_\_\_\_

Horario de Oficina de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ am, y de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ pm, los días día \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

► Días de revisión de facturas \_\_\_\_\_ horario \_\_\_\_\_

a quien se entregan las facturas \_\_\_\_\_ Días de pago \_\_\_\_\_

Encargado de Pagos: \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_

Desde que cuenta nos hace trasferencia o pagos ( últimos 4 dígitos < regla fiscal > ) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ de que banco \_\_\_\_\_

► Encargado Medico: \_\_\_\_\_ especialidad \_\_\_\_\_

Teléfono móvil por si requiere comunicarse el médico radiólogo \_\_\_\_\_ correo \_\_\_\_\_

► Gerente o RL: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

correo \_\_\_\_\_ móvil \_\_\_\_\_ poder vigente ( si ) ( no ) ( no aplica )

## DATOS FISCALES PARA FACTURACIÓN

Nombre a Facturar: \_\_\_\_\_

Domicilio Fiscal: \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ C.p. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## DATOS GENERALES

Giro de la Empresa \_\_\_\_\_ Sucursales en \_\_\_\_\_

Pagina Web \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Curp \_\_\_\_\_ # de empleados \_\_\_\_\_ tipo ( micro ) ( pequeña ) ( med. ) ( gde. )

Servicios que requiere principalmente: ( ) chequeo ejecutivos ( ) ingreso en sector agrícola o textil ( ) certificado escolar ( ) riesgo

( ) puestos a cotizar \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( ) estudios a cotizar \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( ) otro no listado \_\_\_\_\_ Requiere Crédito ( SI ) ( NO ), en cuanto tiempo emite el pago: \_\_\_\_\_ Días,

su institución cuenta con credenciales para aplicar descuento de contado ( si ) ( no ) permite anunciar programas de prevención ( si ) ( no )

Promotor  Aut. o firma VoBo crédito

Notas : \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS, PARA USO DE CRÉDITO

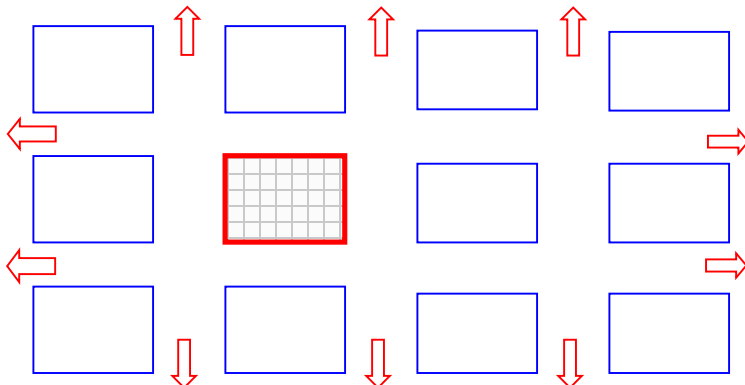
Las Firmas y nombres a continuación, quedan autorizadas por la empresa contratante, para emitir ordenes de solicitud medica de diagnostico, que serán pagaderos por la misma.

<p>Firma &gt; Telefono _____  Nombre _____ email _____</p>	<p>Firma &gt; Telefono _____  Nombre _____ email _____</p>
<p>Firma &gt; Telefono _____  Nombre _____ email _____</p>	<p>Firma &gt; Telefono _____  Nombre _____ email _____</p>
<p>Firma &gt; Telefono _____  Nombre _____ email _____</p>	<p>Firma &gt; Telefono _____  Nombre _____ email _____</p>

formato propio de contrato  para las sucursales de   
Lista de Precios entregada letra  vigencia al  crédito de  Días,  
Formato de envío de pacientes  Identificación de Rep. Legal  comp. domicilio   
Copia de credencia de empleados  Carta Intención solicitando crédito   
Anote si es solo crédito / contado / ambos  VoBo. Jefatura CXC

## Mapa de localización

Anotar al nombre de la calle aledañas y circunvecinas



Observaciones por parte del promotor :

Comentarios de la Institución :

