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)

☐ Suplidor de Oficinas de Doctores (100)	☐ Suplidor de Hospitales (110)	☐ Suplidor de Clínicas de Reposo (120)	☐ Tiendas Universitarias (130)
☐ Suplidor de Mercados Ambulatorios (140)	☐ Laboratorios/suplidor de Seguridad (150)	☐ Suplidor de Productos Veterinarios (160)	☐ Suplidor Dental (170)
☐ Mercado Múltiple (180)	☐ OEM (190)	☐ Uniformes (200)	☐ Exportación (210)
☐ Cuidados Caseros (220)	☐ Catalogo (250)	☐ Venta al Mayor (260)	☐ Promocional (270)
☐ 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 CORP. • 55 Commerce Drive, Hauppauge, NY 11788 • Voice: 631-273-9600 • Fax: 631-273-9659 • email: info@adctoday.com

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:				**Titulo:**	
	Teléfono:		**Fax:**		**Email:**	
2	**Nombre de Contacto:**					
	Departamento:				**Titulo:**	
	Teléfono:		**Fax:**		**Email:**	
3	**Nombre de Contacto:**					
	Departamento:				**Titulo:**	
	Teléfono:		**Fax:**		**Email:**	
4	**Nombre de Contacto:**					
	Departamento:				**Titulo:**	
	Teléfono:		**Fax:**		**Email:**	
5	**Nombre de Contacto:**					
	Departamento:				**Titulo:**	
	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 físico	Contactos
Factura				
Factura Final				
Notificación de envío				
Confirmación de Orden				

Información de Envío Adicional

Método de Envió Preferido :	☐ **UPS**	☐ **FedEx**	☐ **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?	☐ **Si**	☐ **No**	
¿Su facilidad puede recibir embarques en paletas?	☐ **Si**	☐ **No**	

AMERICAN DIAGNOSTIC CORP. • 55 Commerce Drive, Hauppauge, NY 11788 • Voice: 631-273-9600 • Fax: 631-273-9659 • email: info@adctoday.com

AMERICAN DIAGNOSTIC CORPORATION

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:**

AMERICAN DIAGNOSTIC CORP. • 55 Commerce Drive, Hauppauge, NY 11788 • Voice: 631-273-9600 • Fax: 631-273-9659 • email: info@adctoday.com

AMERICAN DIAGNOSTIC CORPORATION

Información de Cuenta de Cliente
Forma CS82ES

Esta sección debe de ser completado por clientes fuera de los Estados Unidos o clientes en los Estados Unidos que deseen pagar con *Tarjeta de Crédito.*

Información de Tarjeta de Crédito

Nota Importante: Solo complete esta sección si planea pagar usando TARJETA DE CREDITO. Si usted esta aplicando para una línea de crédito, por favor complete la aplicación de crédito y deje esta sección bacía.

Nombre en la tarjeta de crédito:	
Tipo de tarjeta de crédito:	
No. de tarjeta de crédito:	
Fecha de expiración en la tarjeta de crédito:	

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.

For Office Use Only			
Terms:		**Salesperson:**	
Date:		**Pricing:**	❑ **For specific items (list or attach)** ❑ **% Price:**
Limit:		**Pricing Begins:**	
		Pricing Ends:	

Revision Control Table				
Rev #:	Rev Date:	Revision History Filename:	Creator:	Approver:
3	6/23/23	Form CS82 Rev 3/Form CS82ES Rev 1	M. Falco	K. Silk

AMERICAN DIAGNOSTIC CORP. • 55 Commerce Drive, Hauppauge, NY 11788 • Voice: 631-273-9600 • Fax: 631-273-9659 • email: info@adctoday.com