



- ¿Desea servicio VIP?
¿Estos Documentos serán depositados en Cancillería?
¿Desea comprobante fiscal?

SOLICITUD DE SERVICIOS DEL REGISTRO MERCANTIL

PERSONA FÍSICA (PF)

Para que este formulario sea recibido debe estar completo y llenado a computadora.
Para consultas escribir a: recepcion@camarasancristobal.org

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: _____
REGISTRO NO.: _____

DATOS DE LA SOLICITUD (marcar servicio deseado)

Registro Nuevo Modificación del Registro Original Renovación Registro Duplicado

ORDEN	FAVOR INDICAR EL/LOS TIPOS DE SERVICIO(S) DESEADO(S)	MARCAR Con X
1	Cambio de domicilio dentro de la misma provincia	
2	Cambio de domicilio a otra provincia	
3	Traslado de domicilio desde otra provincia	
4	Modificaciones del establecimiento	
5	Cambio en el capital general (Patrimonio)	
6	Cambio en la actividad / Descripción del negocio	
7	Cambio en el administrador / Persona autorizada a firmar	
8	Teléfonos	
9	Dirección Persona física	
10	Dirección del establecimiento	
11	Correo Electrónico del establecimiento / Página Web	
12	Cantidad empleados	
13	Lugar donde tiene sucursales / Agencias / Filiars	
14	Nombre del establecimiento	
15	Actividad del establecimiento	
16	Datos de administradores y/o personas autorizadas a firmar en su nombre	
17	Referencias comerciales	
18	Referencias Bancarias	

DATOS DE LA
PERSONA
FÍSICA

Nombre(s) y Apellido(s):												
Cédula de Identidad Electoral:				Nacionalidad:				Pasaporte:			Año:	
Estado Civil:	Soltero(a)		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	
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
 Gerente 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