

**CROQUIS DE UBICACIÓN FÍSICA DEL AFILIADO**

**PRELIMINAR**

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE COBRO:      **Misma del Negocio**          **Misma del Domicilio**          **Misma de envío comunicación**   

DIRECCION COMPLETA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PROVINCIA/CANTON: \_\_\_\_\_      CONTACTO/COBRO: \_\_\_\_\_

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

REFERENCIAS DE DIRECCION:

Centros Comerciales _____	Parques _____
Instituciones Educativas _____	Otros _____
Farmacias _____	_____
Hospitales _____	_____

**VERIFICADO**

RECAUDADOR: \_\_\_\_\_      FECHA: \_\_\_\_\_

DIRECCION COMPLETA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_      ZONA: \_\_\_\_\_

PROVINCIA/CANTON: \_\_\_\_\_      CONTACTO/COBRO: \_\_\_\_\_

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

REFERENCIAS DE DIRECCIÓN:

Centros Comerciales _____	Parques _____
instituciones Educativas _____	Otros _____
Farmacias _____	_____
Hospitales _____	_____

REVISADO POR \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_