



## ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V.

### REQUISITOS PARA CRÉDITO MENOR A \$50,000.00 PESOS

#### Comprador:

- ✓ Solicitud llena y firmada (Anexo 1);
- ✓ Contar con tarjeta de crédito o débito y enviar autorización firmada de cargo recurrente a tarjeta de crédito o débito (Anexo 2);
- ✓ Copia de Estados de Cuenta Bancarios de la tarjeta en garantía. (Tarjeta de Crédito o Débito, mínimo tres meses atrás a partir de la fecha actual);
- ✓ Copia de IFE o INE;
- ✓ Copia de Comprobante de Domicilio;
- ✓ Copia de Comprobante de Domicilio donde estará el equipo (en caso de no ser el mismo).

**EN CASO DE NO CONTAR CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO SE REQUERIRA DE UN AVAL**

#### Aval:

- ✓ Solicitud llena y firmada (Anexo 3);
- ✓ Copia de IFE o INE;
- ✓ Copia de Comprobante de Domicilio;
- ✓ Copia de Estados de Cuenta Bancarios. (Tarjeta de Crédito o Débito, mínimo tres meses atrás a partir de la fecha actual);

#### Cuentas bancarias para Depósitos:

- **BBVA BANCOMER CUENTA: No. 0182994836 CLABE: 012180001829948360**
- **HSBC CUENTA: No. 4010471902 CLABE: 021180040104719020**
- **BANAMEX CUENTA: No. 2822865 SUC 661 CLABE: 002180066128228655**
- **BANORTE CUENTA: No. 0266995111 CLABE: 7218000669951110**

**NOTA: todas las cuentas están a nombre de ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA SA DE CV**

Dirección: Av. Nuevo León # 34 Col. Hipódromo Condesa, Del. Cuauhtémoc, México D.F. CP. 06100.

Tel (55)5211-5739, Fax (55)52862532, 01800-839-1292

[www.vescicabe.com](http://www.vescicabe.com) [informes@vescicabe.com](mailto:informes@vescicabe.com) [creditoycobranza@vescicabe.com](mailto:creditoycobranza@vescicabe.com)



## ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V.

## SOLICITUD DE CRÉDITO

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. DOMICILIO: \_\_\_\_\_

MONTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_ No. MENSUALIDADES: \_\_\_\_\_

REFERENCIAS PERSONALES: ANOTE DOS PERSONAS QUE NO VIVAN CON USTED.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

REFERENCIAS BANCARIAS Y COMERCIALES: ANOTE TRES REFERENCIAS BANCARIAS O COMERCIALES TALES COMO CUENTAS BANCARIAS, CRÉDITOS, TARJETA DE CRÉDITO, ETC. (DEBERA INCLUIR ALMENOS UNA TARJETA DE CRÉDITO).

INSTITUCIÓN	TIPO	NÚMERO	MONTO LIMITE

CONFIRMO QUE LOS DATOS ANOTADOS ARRIBA SON VERÍDICOS Y ME COMPROMETO A NOTIFICAR A ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V. CUALQUIER CAMBIO EN EL DOMICILIO Y/O NUMERO TELEFÓNICO.

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 FIRMA

AUTORIZO A ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V. O A SU REPRESENTANTE A CORROBORAR LA INFORMACIÓN ANTERIOR, ASÍ COMO SOLICITAR INFORMACIÓN ANTE EL BURÓ DE CRÉDITO.

\_\_\_\_\_

 FIRMA

ANEXO 2.



## ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V.

### AUTORIZACIÓN DE CARGO A TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO POR CARGOS RECURRENTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE, AUTORIZO A ELECTRÓNICA ESTÉTICA Y MÉDICA S.A. DE C.V. CARGUE A MI TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO A NOMBRE DE: \_\_\_\_\_

DEL BANCO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TARJETA: \_\_\_\_\_

CUYA VIGENCIA ES AL MES: \_\_\_\_\_ DEL AÑO: \_\_\_\_\_ CODIGO DE SEGURIDAD: \_\_\_\_\_

LA CANTIDAD DE: \$ \_\_\_\_\_

MESES RECURRENTE QUE AUTORIZO: \_\_\_\_\_. LOS CUALES SE PASARA LA TARJETA LOS DÍAS: \_\_\_\_\_

FECHA DE AUTORIZACIÓN DE CARGOS:

\_\_\_\_\_.

NOMBRE DEL CLIENTE TITULAR. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

FIRMA

**\*NOTA: FAVOR DE ACOMPAÑARLO DE COPIA DEL IFE O INE DEL TITULAR DE LA TARJETA.**

**\*\*EL CARGO A SU TARJETA PODRÁ APARECER A NOMBRE DE ETOILE, EEMSA VT, EEMSA O PROKLAMA**



## ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V.

DATOS DEL OBLIGADO SOLIDARIO O AVAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. DOMICILIO: \_\_\_\_\_

MONTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_ No. MENSUALIDADES: \_\_\_\_\_

REFERENCIAS PERSONALES: ANOTE DOS PERSONAS QUE NO VIVAN CON USTED.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

REFERENCIAS BANCARIAS Y COMERCIALES: ANOTE TRES REFERENCIAS BANCARIAS O COMERCIALES TALES COMO CUENTAS BANCARIAS, CRÉDITOS, TARJETA DE CRÉDITO, ETC. (DEBERA INCLUIR ALMENOS UNA TARJETA DE CRÉDITO).

INSTITUCIÓN	TIPO	NÚMERO	MONTO LIMITE

CONFIRMO QUE LOS DATOS ANOTADOS ARRIBA SON VERÍDICOS Y ME COMPROMETO A NOTIFICAR A ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V. CUALQUIER CAMBIO EN EL DOMICILIO Y/O NUMERO TELEFÓNICO.

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 FIRMA

AUTORIZO A ELECTRONICA ESTETICA Y MEDICA S.A. DE C.V. O A SU REPRESENTANTE A CORROBORAR LA INFORMACIÓN ANTERIOR, ASÍ COMO SOLICITAR INFORMACIÓN ANTE EL BURÓ DE CRÉDITO.

\_\_\_\_\_

 FIRMA



APARATOLOGÍA  
MÉDICO - ESTÉTICA

UNA VEZ AUTORIZADO EL CREDITO SE DOCUMENTARA VIA PAGARES Y CONTRATO DE RESERVA DE DOMINIO, ESTE ULTIMO SOLO APLICARA PARA CREDITOS MAYORES A \$50,000.00.

EL INCUMPLIMIENTO DE EL PAGO DE UNO O MÁS DE LOS ABONOS MENSUALES ESTIPULADOS EN ESTOS TÍTULOS DE CRÉDITO, EN LAS FECHAS SEÑALADAS, GENERARÁ INTERESES MORATORIOS A FAVOR DEL ACREEDOR A RAZÓN DEL 5% CINCO POR CIENTO MENSUAL SOBRE EL SALDO INSOLUTO, DESDE LA FECHA EN QUE EL(LOS) SUSCRIPTOR(ES) INCURRA(N) EN INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DEL ABONO RESPECTIVO Y HASTA LA FECHA EN QUE DICHO SALDO INSOLUTO SEA TOTALMENTE PAGADO Y RECIBIDO POR EL BENEFICIARIO A SATISFACCIÓN, CONJUNTAMENTE CON LOS INTERESES QUE EN SU CASO SE HUBIERAN CAUSADO.

A FALTA DE PAGO POR MAS DE 60 DIAS DE LOS CONVENIDOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE DARÁ POR VENCIDO EL SALDO TOTAL INSOLUTO Y SERÁ EXIGIBLE LA CANTIDAD TOTAL ADEUDADA, LA CUAL TENDRA QUE SER CUBIERTA POR EL AVAL EN CASO DEL ACREEDOR NO REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE

Y SERA BOLETINADO EN EL BURO DE CREDITO.



**Electrónica, Estética y Médica S.A. de C.V.**

Oficinas Centrales: Av. Nuevo León No. 34, Col. Condesa, México, D.F. C.P. 06170 Tel/Fax: (55) 5211 5739 y 5256 0052

[www.vescicabe.com](http://www.vescicabe.com), [informes@vescicabe.com](mailto:informes@vescicabe.com)