**Anexo N°1.** **Información general del comercio afiliado.**

El comercio afiliado deberá cumplimentar este anexo para el proceso de afiliación a la red de servicios de asistencia y/o planes de lealtad.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Datos Generales*** | |
| **Nombre Comercial:** | |
|  | |
| **Razón Social (Cuando aplique):** | |
|  | |
| **Nombre de Persona física o representante legal:** | |
|  | |
| **Número de cédula física o Jurídica:** | |
|  | |
| ***Ubicación de la empresa*** | |
| **Provincia:** |  |
| **Cantón:** |  |
| **Distrito:** |  |
| **Dirección Exacta:** |  |
| ***Datos de Contacto*** | |
| **Correo electrónico 1:** |  |
| **Correo electrónico 2:** |  |
| **Número de teléfono 1:** |  |
| **Número de teléfono 2:** |  |
| **Número de teléfono 3:** |  |
| **Página Web:** |  |
| **Facebook:** |  |
| **Instagram:** |  |
| **Otro:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Requisitos Legales** | | |
| En este apartado se deberá aportar el detalle y evidencia de todos los requisitos que exige la Ley para la actividad comercial a ejecutar. **Ejemplo**: CCSS, FODESAF, Ministerio de Hacienda y todos los referentes al ejercicio de su actividad comercial (patentes, permisos, certificaciones del colegio profesional, entre otros) Debe aportar todos los documentos de respaldo en formato PDF. | | |
| **Requisito** | **Vigencia** | **Respaldo** |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |
|  |  | SI  NO |

**Nota:** Cuando un comercio tenga más de un punto de venta por cantón, se debe unificar para contabilizarlo como un solo punto de venta.

| **Detalle de los puntos de venta que ofrece** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nota:** Cuando un comercio tenga más de un punto de venta por cantón, se debe unificar para contabilizarlo como un solo punto de venta. | | | | |
| **Provincia del Punto de Venta** | **Cantidad Puntos de venta** | **Tipo de Servicio y/o producto** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zonas y horarios de Atención** | | | | |
| Este espacio es para indicar las zonas de cobertura de los Productos y/o Servicios, adicionalmente indicar el horario de atención al cliente. | | | | |
| **Cobertura en todo el Territorio Nacional** | | | | SI  NO |
| **Provincia** | **Cantón** | **Distrito** | **Observaciones** | **Horario de atención** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Fotografías Requeridas** |
| * Incluir al menos 1 fotografía de cada uno de los 10 productos o servicios que ofrece y, una breve descripción de sus características. Así como las restricciones o garantías con las que cuenten los productos y/o servicios. * En el caso de las empresas que brindarán servicios en sus instalaciones deberán aportar al menos 5 fotografías adicionales del local comercial donde se brindarán los servicios: |
| **Espacio para las fotografías:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PÓLIZAS VIGENTES** | | |
| **Pólizas Obligatorias** | **Número de Póliza** | **Vigencia** |
| Responsabilidad Civil por un monto de ¢10.000.000. (Empresas de Servicios). |  |  |
| Riesgos de Trabajo. |  |  |
| **Otras Pólizas** | **Número de Póliza** | **Vigencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Para uso Exclusivo de la Administración:**

Se aprueba la incorporación:

Se rechaza la incorporación:

**Nota:** En caso de aprobación la administración determinará cuales servicios y/o productos se estarán autorizando.