



FORMULARIO DE DATOS MAESTROS DE PROVEEDORES (PROVIDER'S MASTER DATA FORM)

DETALLES GENERALES (GENERAL DETAILS) : (* campos obligatorios/ mandatory fields)			
Numero de Carta de Garantia de Pago (GOP Number)			
* Nombre del Proveedor (Provider Name)			
* Identificacion fiscal / EIN / Numero de VAT		Nombre de Declaracion de Impuestos (Tax Reporting Name)	
* Direccion Completa (Complete address)			
* Pais (Country)		*Codigo Postal (Zip / Postal Code)	
DETALLES GENERALES DE CONTACTO (GENERAL CONTACT DETAILS) (* campos obligatorios/ mandatory fields)		INFORMACION DE CONTACTO DE REMESAS (REMITTANCE)	
Nombre de Contacto (Contact Name)			
Titulo de Trabajo (Job Title)			
Departamento (Department)			
*Numero de Telefono (Phone Number)			
* Correo Electronico (Email Address)			
DATOS BANCARIOS PRINCIPALES (PRIMARY BANK DETAILS) (* campos obligatorios/ mandatory fields)		BANCO INTERMEDIARIO (SECONDARY/INTERMEDIARY BANK DETAILS)	
* Nombre del Beneficiario (Account / Beneficiary Name)			
* Numero de Cuenta/ IBAN (Account Number / IBAN)			
*Codigo de clasificacion (Sort Code) / SWIFT / BIC / Numero de Ruta (Routing No)			
* Nombre del Banco (Bank Name)			
Numero del Banco (Bank Number)			
Nombre de la Sucursal del Banco (Branch Name)			
Pais del Banco (Bank Country)			
Para Mexico, Numero de Clabe			

Autorizacion (Firma y Fecha Requerida) (Authorization (Signature and Date Required))

_____ (Titular de la cuenta bancaria) por lo presente autorizo a International SOS y / o sus Agentes dedicados a realizar pagos de cualquier beneficio pagadero a nosotros acreditando los pagos en mi cuenta en el banco o institución financiera mencionada anteriormente. Acepto notificar por escrito de cualquier cambio relacionado con la información proporcionada en este formulario o de un retiro de esta autorización. (Bank Account holder hereby authorizes International SOS and/or its dedicated Agents to make payments of any benefits payable to us by crediting the payments to my account at the bank or financial institution named above. I agree to notify in writing of any change relating to the information provided on this form or of a withdrawal of this authorization.)

Firma (Signature)	Nombre de la Organización (Organization Name)

Fecha (Date)	

Una vez terminado, envíenoslo de vuelta a una de las siguientes direcciones de correo electrónico, dependiendo de donde se encuentre usted localizado.

Europa / Africa / Oriente Medio Regiones: EMEA.provideradmin@internationalsos.com

Asia y Pacifico Regiones: GSSAPAC.PNS@internationalsos.com

América Latina Regiones: Mexico.Provider@internationalsos.com

América del norte Regiones: phlganrequest@internationalsos.com