



**Solicitud de Crédito**  
**CARIBBEAN SHIPPING SERVICES**  
**CARIBBEAN COLD STORAGE**  
**25 2nd Street South**  
**Jacksonville Beach, FL 32250**  
**PHONE 904-358-3200**  
**FAX 904-358-0032**  
**Email: Frankie@caribbeanshipping.com**

Nombre Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, País, & Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Ciudad, País, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ FAX #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico o E-Mail: \_\_\_\_\_

Contable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tipo de Negocio: \_\_\_\_\_ Execcion Impuesto # \_\_\_\_\_

SIC Code: \_\_\_\_\_

Años en Negocio: \_\_\_\_\_ Seguro Social Patronal # \_\_\_\_\_

País o Estado de Incorporación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PRESIDENTE / Gerente General: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Emergencia Después de horario regular: \_\_\_\_\_

Dunn & Bradstreet# \_\_\_\_\_

1505 DENNIS STREET • JACKSONVILLE, FLORIDA  
CUSTOMER SERVICE: 904-358-3200 • FAX: 904-358-0032 • COLD STORAGE: 904-358-0027  
PUERTO RICO: 787-792-4222 • FAX: 787-781-3295  
SHIPPING: OTI NO. 14107 N • COLD STORAGE: OTI NO. F4015



Referencias Comerciales y Bancarias

Banco: \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, País & Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Comerciales:

Compañía: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, País. \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad & País \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ FAX# \_\_\_\_\_

Compañía : \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad & País \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_



Bajo mi conocimiento todo lo indicado en esta solicitud es correcto. Caribbean Shipping Service, Inc, Caribbean Cold Storage se da por este medio el permiso para comprobar las referencias de crédito o otra información sobre este uso y obtener un consumidor o un informe de crédito comercial.

Firmando esta solicitud entiendo el termino de pago de 30 días a partir de la fecha de facturación.

---

Letra de Molde:

---

Firma:

---

Fecha

Nuestra meta es ser el abastecedor logistico más confiable y más eficiente...para entregar el calibre mas fino de servicio...para fijar la industria estándar para la calidad.