



Envío por FAX al: (866) 416-7521
 O por EMAIL a: request@promerchantadvance.com
 N° de ID de TRANS: _____
 N° de ID del AGENTE _____
 NOMBRE DEL AGENTE: _____

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Información del Comerciante

Tipo de Empresa (marque uno): <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Compañía de Responsabilidad Limitada. <input type="checkbox"/> Sociedad de personas <input type="checkbox"/> Sociedad en Comandita (simple)					
<input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada		<input type="checkbox"/> Sociedad Unipersonal		<input type="checkbox"/> Compañía de Responsabilidad Limitada Profesional	
<input type="checkbox"/> Franquicia		Estado de const/org: _____			
CANTIDAD DE DINERO QUES ESTA PIERDÉNDO \$ _____					
Nombre Legal del Comerciante			En negocios bajo el nombre de:		N° de Contribuyente (o N° de SS para Unipersonal)
Dirección Física del Comerciante			Ciudad, Estado, Código Postal		
Dirección Postal Comercial/de Facturación			Ciudad, Estado, Código Postal		
Días de Actividad (marque con un círculo) Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo			Uso Propuesto de los Recursos		
Nombre del Contacto		Título	Fecha de Inicio de Actividades (mes/año)	Antigüedad de la propiedad	Dirección de E-Mail
Dirección de Sitio Web		Ventas de Internet o teléfono(% de ventas totales)	Teléfono Comercial (código de área+ número)		Fax (código de área+ número)
Tipo de Negocio			Ventas Brutas Mensuales (Inc efectivo, cheque & tarjeta de crédito)		
Describa la cobertura de seguro de comercial actual			¿Tiene sucursales adicionales que aceptan Visa/Mastercard? Si tiene, por favor nómbrelas		
Propietario/Arrenda	Fecha de Inicio de Arrendamiento	Finalización de Arrendamiento	Alquiler/Hipoteca Mensual	Tipo de edificio	Pies cuadrados (aprox.)
Propietario/Compañía Hipotecaria		Nombre de Contacto	Número de Teléfono		Fax

Propietario/Socio Principal No. 1

Nombre		Porcentaje de Propiedad	Número de Seguro Social		
Fecha de Nacimiento	Título	N° de Teléfono Particular		N° de Teléfono Celular	
Dirección Particular			Ciudad, Estado, Código Postal		

Propietario/Socio Principal No. 2

Nombre		Porcentaje de Propiedad	Número de Seguro Social		
Fecha de Nacimiento	Título	N° de Teléfono Particular		N° de Teléfono Celular	
Dirección Particular			Ciudad, Estado, Código Postal		

Electronic Transaction Information

Ventas Mensuales de Tarjetas de Créditos (Visa, MC, Discover, Amex, etc)	Cuantía Promedio del Ticket	Cantidad promedio de Transacciones por Día
Ventas Mensuales de Cheques	Cuantía Promedio del Ticket	Cantidad promedio de Transacciones por Día
Ventas Mensuales (circle one): EBT/EFT/AutoACH/Teledébit	Average Transaction Size	Average Transactions per Month
Is your business seasonal?	Highest monthly total electronic payments (in past 12 months):	Lowest monthly total electronic payments (in past 12 months):
Additional Electronic Payments (if applicable)		Frequency and Volume of Additional Electronic Payments (if applicable)

Applicant, named above, attests that the information provided on this form is accurate and complete, that providing the information to Professional Merchant Advance Capital, LLC does not constitute an application for credit, and that submitting the information does not obligate Professional Merchant Advance Capital, LLC to fund an advance. In addition, Applicant authorizes Professional Merchant Advance Capital, LLC, its assigns, and its agents to obtain an investigative report from credit bureaus or credit agencies, and also to investigate the vendor references and any other references or information given on this application or any other documents submitted by applicant for the purpose of obtaining funding.

Principal #1	Signature	Date:	% Ownership
Principal #2	Signature	Date:	% Ownership
Principal #3	Signature	Date:	% Ownership