

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
UNIVERSITY OF PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS
MEDICAL SCIENCES CAMPUS
DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y SUMINISTROS
PROCUREMENT DEPARTMENT
PO BOX 365067
SAN JUAN, PR 00936-5067

SOLICITUD PARA INGRESO AL REGISTRO DE LICITADORES (Estados Unidos y Extranjero) APPLICATION FOR BIDDER (USA)	
Nombre Comercial del Solicitante: Commercial Name of Applicant:	Negocio Individual, Sociedad o Corporación: Individual Business, Partnership, or Corporation:
Número de Seguro Social Patronal: Federal Employment Identification Number:	
Teléfono: Telephone: Fax:	Fecha en se estableció o Incorporó: Date Established or Incorporated:
Apartado de Correos: Post Office: Ciudad: City: Código de Area: Zip Code:	Fecha, Título y Dirección de Miembros de la Junta de Directores y Oficiales Principales: Name, Title, of Principal Officers and Physical Address of Members of the Board of Director and Principal Official:
Nombre Contacto: Contact Name:	1. 2. 3.
Dirección Física Oficina Principales: Main Office Physical Address:	Referencias Bancarias y Comerciales Nombre y Dirección Exactos Zip Code Bank and Business References Complete and Exact Address and Zip Code:
1. 2. 3.	1. 2. 3.
Incluya lo Siguiente. Please Include the Following. Copia de Informe Financiero Actualizado. Copy Actualized Financial System. Copia del Certificado o Artículos de Incorporación. Copy of Certificate Articles of Incorporation. Copia de Patentes, Permisos y Licencias necesarios para operar negocio. Copy of Patents, Permission, and License necessary to operate your business.	Certificado de Incorporación. Incorporate Certificate. Si es un Negocio Individual, Certificado bajo juramento indicando los propósitos del mismo. If is a Individual Business, a Certification under oath at indicating the purposes of the sale. Certificado de los Departamentos de Salud Federal y/o Estatal, si aplica. Federal and Local Health Departments Certification, when applicable. Pólizas o Seguros vigentes y cubiertas por las mismas. Insurance Policies in effect and their coverage.

Nombre y Título de personas autorizadas a firmar ofertas, etc. (Firma a la derecha)
 Name and Title of person authorize to sign bid, etc. (Signature to the right)

_____ Firma/Signature

_____ Firma/Signature

Lista detallada de artículos o servicios que interesa vender.
 Detailed list of items or services you wish to sale.

Certifico correcta la información aquí suministrada.
 I certify the above information is correct.

Fecha de esta solicitud
 Date of this application

NOTA: TODOS LOS BLANCOS DEBERAN SER CUMPLIMENTADOS ANTES DE SOMETER SOLICITUD PARA EVALUACIÓN.
 NOTE: ALL BLANKS MUST BE FILLED IN BEFORE SUBMITTING THIS APPLICATION TO BE EVALUATE.

CLEAR FORM