

## Atención: Representantes Autorizados & Productores

**Favor completar la siguiente información para efectos de pago de comisiones:**

1.) Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

2.) Dirección postal a donde recibirá la correspondencia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.) Seguro Social o Identificación Patronal: \_\_\_\_\_

4.) Teléfono: \_\_\_\_\_

5.) Fax: \_\_\_\_\_

6.) E-mail: \_\_\_\_\_

7.) Favor marcar una de las siguientes: Su licencia o la licencia de la compañía a quien se le pagará la comisión es de un:

Productor

Representante Autorizado

**\*\*Favor incluir copia de su licencia. Esto es requisito para desembolsar cheques de comisiones.**

7.) ¿Tiene usted un Certificado de Relevó del Departamento de Hacienda que lo exima de la retención Total del 7% o Parcial del 3%?

Si tengo Certificado (Favor incluir copia)

No tengo Certificado de Relevó. Favor retener lo que indica la Ley (7%).

**\*\*Favor entregar por fax al (939) 205-3311 o por e-mail a: [erivera@deltadentalpr.com](mailto:erivera@deltadentalpr.com)  
[worta@deltadentalpr.com](mailto:worta@deltadentalpr.com)**