



Envíe este lado por Fax al 602-238-9051

| Para Uso Interno Unicamente                            |       |
|--|-------|
| Representante de Ventas:                               | _____ |
| No. de Cuenta:   | _____ |
| Notificación de Factura:                               | _____ |
| # de Camiones Inscritos:                               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Credenciales USDOT: | _____ |

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME AL 1-800-PREPASS (1-800-773-7277) O VISITE NUESTRO SITIO EN EL INTERNET EN WWW.PREPASS.COM

# Aplicación y Acuerdo de Licencia

Me gustaría inscribirme en lo siguiente:

- PREPASS
- PREPASS PLUS
- PROGRAMA DE PREAUTORIZACIÓN ELECTRÓNICA DE AGRICULTURA DE FLORIDA
- YA TENGO RADAR TRANSPORDER

# de Aparato

## Paso 1: Información de la Compañía

(Por favor escriba toda la información claramente)

|   |   |
|---|---|
| Nombre del Aplicante (Compañía/ Propietario Operador) | Arrendado a: (Credenciales de Propiedad de la Compañía) |
|---|---|

### Información de contacto primaria

|                                     |              |             |           |
|-------------------------------------|--------------|-------------|-----------|
| Nombre de Contacto (Sr. Sra. Srta.) |              | Título      |           |
| Dirección                           |              | Ciudad      | Estado    |
| Código Postal                       |              |             |           |
| Correo electrónico                  | Teléfono ( ) | Celular ( ) | # Fax ( ) |

### Información para Facturación

|   |              |             |           |
|---|--------------|-------------|-----------|
| Nombre de Contacto <input type="checkbox"/> igual a la anterior |              | Título      |           |
| Dirección (No P.O.Box)  |              | Ciudad      | Estado    |
| Código Postal   |              |             |           |
| Correo electrónico  | Teléfono ( ) | Celular ( ) | # Fax ( ) |

### Información del envío (ningunas cajas de la oficina de correos)

|   |              |             |           |
|---|--------------|-------------|-----------|
| Nombre de Contacto <input type="checkbox"/> igual a la anterior |              | Título      |           |
| Dirección (No P.O.Box)  |              | Ciudad      | Estado    |
| Código Postal   |              |             |           |
| Correo electrónico  | Teléfono ( ) | Celular ( ) | # Fax ( ) |

### Información de Licencias y Permisos

|   |  |              |           |
|---|--|--------------|-----------|
| Nombre de Contacto <input type="checkbox"/> igual a la anterior |  | Título       |           |
| Correo electrónico  |  | Teléfono ( ) | # Fax ( ) |

(Por favor llene todos los cuadros a continuación – escriba N/A en los cuadros que no aplican)

|               |                 |           |
|---------------|-----------------|-----------|
| Número MC/ICC | Número U.S. DOT | Número CA |
|---------------|-----------------|-----------|