



Mail: Frontier OSC
 P.O. Box 5166
 Tampa, FL 33675
 Fax: 844.387.2500
 Email: WM.ALT.Chnl.Sales@ftr.com

Formulario de Identificación Positiva

Nombre del cliente/empresa _____
 Orden/Citar #: _____ Teléfono #: _____
 Dirección de servicio _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

*****SE DEBE INCLUIR UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA PARA QUE ESTE FORMULARIO SEA ACEPTADO*****
*****ES POSIBLE QUE SE REQUIERA UN DEPÓSITO*****

INSTRUCCIONES:

1. Complete todos los espacios en blanco en este formulario y marque la identificación apropiada que se presentará para su identificación.
2. Envíe el formulario completo y la copia de la identificación a la dirección de correo electrónico / postal o número de fax correspondiente que se muestra arriba.
3. Si envía el formulario por correo electrónico, incluya POSID y el número de teléfono de contacto asociado con su cotización en la línea de asunto (POSID xxx-xxx-xxxx o POSID xxxxxxxxxx).
4. Haga una copia de este formulario para sus registros si envía los originales por correo a la dirección correspondiente que se muestra arriba.
5. Realizaremos los cambios o actualizaciones necesarios en su cuenta. Si tienes alguna pregunta con respecto a este formulario, comunícate con Frontier al 800-921-8101 (Órdenes residenciales) 877-312-3812 (Cotizaciones residenciales) o al 800-921-8102 (Órdenes comerciales)

ESPECIFICAR LAS FORMAS DE IDENTIFICACIÓN PRESENTADAS A FRONTIER

Se acepta una forma de identificación con foto emitida por el gobierno no vencida. De lo contrario, dos formas separadas de Positivo Se requieren identificaciones. El primer formulario debe ser una identificación con foto válida. El segundo formulario debe ser una identificación válida emitida por el estado / gobierno.

- Tarjeta de Seguro Social _____
(Proporcione los últimos 4 del número de seguro social)
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado _____
(Proporcione el número)
- Certificado de nacimiento _____
- Otros (es decir, pasaporte, formulario de identificación fiscal comercial _____
(Imprimir tipo de identificación y cualquier número asociado)

Yo, _____ declaro bajo pena de ley, que la identificación presentada a Frontier, a mi leal saber y entender, auténtica.
(Imprime tu nombre)

 Firma

 Fecha

LAS IDENTIFICACIONES SE PUEDEN COPIAR AQUÍ