

	TOMMASI LABORATÓRIO	Código: FR 082
	Formulário de Registro	Versão: 2.0
	Registro de Qualificação de Prestadores de Serviços	Página: 1 de 1

Razão social: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Nome fantasia: _____

Endereço: _____

_____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____ Site: _____

Contato: _____ Cargo: _____

Área de atuação: _____

Representante de alguma linha de produtos? Qual (is)? _____

Possui exclusividade de representação? () **SIM** () **NÃO**

Empresa Certificada? () **SIM** () **NÃO**

Se **SIM** qual (is) certificação (ões): _____

Possui histórico de atuação acima de 2 anos com o **TOMMASI LABORATÓRIO**?

() **SIM** () **NÃO**

Se **NÃO**, anexar no mínimo 3 (três) referências comerciais do ramo quando da 1ª negociação.

Abrangência: Almoxarifado/Gerência de UGQ	Ref.: PQ 007 – Qualificação de Fornecedores
Responsável:	Data da Avaliação: