

PORTAL DE SERVIÇOS SIBS
FORMULÁRIO - PARAMETRIZAÇÃO DE INSTITUIÇÕES
PARTICIPANTES NO SISTEMA MB (página 1/2)



O preenchimento deste formulário servirá para a parametrização de dados no sistema da SIBS, em qualquer ambiente (CER, SPP, PRD), e dará origem aos procedimentos de facturação que estejam em vigor.

A adesão e utilização do Portal de Serviços SIBS obrigam ao conhecimento e aceitação das Condições Gerais de Utilização do Serviço.

Este formulário deve ser remetido por fax para a SIBS (Departamento de Gestão de Redes - Fax: 217 813 086).

ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE A SOLICITAR

(PREENCHIMENTO OBRIGATORIO - assinalar com "X")

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADESÃO AO PORTAL DE SERVIÇOS SIBS (PSS)
PREENCHIMENTO OBRIGATORIO DE TODOS OS BLOCOS DE INFORMAÇÃO. | <input type="checkbox"/> SPP | <input type="checkbox"/> PRD |
| <input checked="" type="checkbox"/> ALTERAÇÃO A PARAMETRIZAÇÕES JÁ EXISTENTES NO PSS
PREENCHIMENTO OBRIGATORIO DOS BLOCOS DE INFORMAÇÃO Nº 1 E 6. | <input checked="" type="checkbox"/> SPP | <input type="checkbox"/> PRD |

1 IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

NÚMERO DE PESSOA COLECTIVA

(Indique o número da instituição no Registo Central de Pessoas Colectivas)

503016160

DENOMINAÇÃO

(Indique por extenso, o nome da instituição)

BANCO BNP PARIBAS
PERSONAL FINANCE

CÓDIGO DE ACTIVIDADE ECONÓMICA

(Indique o código associado ao Número de Pessoa Colectiva acima mencionado)

2 COMUNICAÇÕES

NECESSIDADE DE ACESSO (COMUNICAÇÕES) À VAN:

- ☐ **NÃO** Pressupõe a já existência de acesso à VAN (incluindo *User* e *Password*)
- ☐ **SIM** Implica a atribuição posterior, pela SIBS, de *User* e *Password*

3 INFORMAÇÕES PARA A FACTURAÇÃO

CONTACTO ADMINISTRATIVO / FINANCEIRO
(Nome)

DEPARTAMENTO

TELEFONE

FAX

E-MAIL

MORADA DE COBRANÇA

LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL

PORTAL DE SERVIÇOS SIBS
FORMULÁRIO - PARAMETRIZAÇÃO DE INSTITUIÇÕES
PARTICIPANTES NO SISTEMA MB (página 2/2)

SIBS FORWARD
PAYMENT
SOLUTIONS™

4 INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO TÉCNICA DO PORTAL

CONTACTO TÉCNICO ("administrador")
(Nome)

INES
EMILIO

DEPARTAMENTO CONTROLO E REPORTING

TELEFONE FAX

E-MAIL INES.EMILIO@CETELEN.PT

MORADA R. TOMAS DA FONSECA
TORRE G 15 PISO

LOCALIDADE LISBOA

CÓDIGO POSTAL 1600-20A LISBOA

Na situação de um pedido de adesão ao Portal de Serviços, a aceitação da informação constante deste formulário pela SIBS implicará a atribuição de um cartão e leitor/token ao utilizador em referência ("administrador"), o qual será remetido para a morada indicada e servirá para que este possa efectuar todas as validações de segurança associadas ao Portal e gestão dos respectivos serviços e utilizadores.

IDENTIFICAÇÃO NO SISTEMA DO CONTACTO TÉCNICO ("administrador")

(A identificação no sistema é um código alfanumérico que identifica inequivocamente o utilizador no Portal de Serviços SIBS. Esta identificação deve ser indicada pelo utilizador e constitui uma chave no sistema, ou seja, é única em todo o Portal de Serviços SIBS. Esta identificação será inscrita no cartão de acesso a enviar para o "administrador". Caso a identificação proposta já exista no sistema, a SIBS entrará em contacto telefónico com o "administrador" e solicitará a indicação de uma nova identificação)

INES EMILIO

5 TIPO DE INTERVENÇÃO (a confirmar pela SIBS)

Assinalar com um "x":

<input checked="" type="checkbox"/>	Emissor Bancário
<input type="checkbox"/>	Emissor Não Bancário
<input type="checkbox"/>	Acquirer CA
<input type="checkbox"/>	Acquirer TPA
<input type="checkbox"/>	Acquirer Empresa
<input type="checkbox"/>	Fornecedor
<input type="checkbox"/>	Concessionário
<input type="checkbox"/>	Representante Emissor
<input type="checkbox"/>	Empresa / Pagamentos

<input type="checkbox"/>	Empresa / Bilhetes
<input checked="" type="checkbox"/>	Transferência de Ficheiros
<input type="checkbox"/>	BdP / SICOI
<input type="checkbox"/>	Empresa / SICOI
<input checked="" type="checkbox"/>	Administração Local
<input type="checkbox"/>	Outro (detalhar):

6 IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FORMULÁRIO

(IMPORTANTE: O responsável pelo Formulário tem que ser distinto do "administrador" [contacto técnico])

NOME PAULO SANTOS

DEPARTAMENTO DIR. SISTEMAS INFORMATICAÇÃO

TELEFONE 217228507 FAX

E-MAIL PAULO.SANTOS@CETELEN.PT

30, 9, 2015

[Data - DD/MM/AAAA]

[Assinatura e Carimbo da instituição]