

N.º DE CLIENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA	
NOME/DENOMINAÇÃO SOCIAL: _____	NIF/NIPC: <input type="text"/>
CAE <input type="text"/>	DATA DE CONSTITUIÇÃO <input type="text"/>

2. MORADA DA SEDE	
MORADA: _____	
C. POSTAL: <input type="text"/>	
TEL: <input type="text"/>	FAX: <input type="text"/>
EMAIL: _____	SITE: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL	
NOME: _____	FUNÇÃO: _____
BI N.º <input type="text"/>	EMITIDO POR _____ EM <input type="text"/>
VÁLIDO ATÉ <input type="text"/>	

4. PESSOAS DE CONTACTO	
DEPARTAMENTO COMERCIAL	
NOME _____	FUNÇÃO _____
EMAIL _____	TLM: <input type="text"/>
DEPARTAMENTO FINANCEIRO	
NOME _____	FUNÇÃO _____
EMAIL _____	TLM: <input type="text"/>

5. INFORMAÇÃO FINANCEIRA	
CAPITAL SOCIAL _____	BANCO _____ AGÊNCIA _____
VOLUME DE NEGÓCIOS _____ ANO <input type="text"/>	BANCO _____ AGÊNCIA _____

6. DECLARAÇÕES ABONATÓRIAS			
FORNECEDOR _____	VALOR _____	ANO _____	TEL: <input type="text"/>
FORNECEDOR _____	VALOR _____	ANO _____	TEL: <input type="text"/>
CLIENTE _____	VALOR _____	ANO _____	TEL: <input type="text"/>
CLIENTE _____	VALOR _____	ANO _____	TEL: <input type="text"/>

CONFIRMO AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS:	
Data : <input type="text"/>	Gerente/Administrador _____
(assinatura e carimbo)	

Anexar fotocópia cartão de Contribuinte ou de pessoa colectiva e Certidão do Registo Comercial ou senha de acesso a Certidão Permanente.

Os campos que se seguem serão preenchidos pela Sá Machado e Filhos, S.A.

7. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	
COND. PAGAMENTO <input type="text"/> DIAS	PLAFOND <input type="text"/> €
MODO DE PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA	

8. OBSERVAÇÕES	

VALIDAÇÃO DO CLIENTE PELA SÁ MACHADO & FILHOS, S.A.			
DIRECTOR FINANCEIRO	DATA	ADMINISTRADOR	DATA