

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CADASTRO DE FORNECEDOR

RAZÃO SOCIAL: _____
CNPJ: _____ CAPITAL SOCIAL: _____
RAMO DE ATIVIDADE: _____
ENDEREÇO: _____ CEP: _____
CIDADE: _____ UF: ____ E-MAIL: _____
TELEFONES: (____) _____ (____) _____ FAX: (____) _____
BANCO: _____ CÓD.: _____ AGÊNCIA: _____ Nº DA CONTA: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____
CPF: _____
ENDEREÇO DO REPRESENTANTE: _____
CEP: _____ CIDADE: _____ UF: ____
E-MAIL: _____
TELEFONES: (____) _____ (____) _____

A empresa acima identificada, por meio de seu representante legal, nos termos do art. 35 da Lei nº 8.666/1993, solicita a sua inscrição no REGISTRO DE FORNECEDORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA de acordo com as informações constantes deste formulário e a documentação apresentada na forma da lei.

Desde já fica ciente que a responsabilidade pela atualização dos dados e da documentação é da empresa.

Em: ____/____/____.

Assinatura do representante legal: _____

Recebido em: ____/____/____

Responsável pelo Recebimento: _____

Ass.: _____