

# FICHA DE FILIAÇÃO

## DADOS DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

DATA FUNDAÇÃO:

CNPJ:

INS. ESTADUAL:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE/UF:

CEP:

TELEFONE:

TELEFONE 2:

FAX:

E-MAIL:

## DADOS SÓCIOS

SÓCIO:

ANIVERSÁRIO:

SÓCIO:

ANIVERSÁRIO:

## REPRESENTANTE DA EMPRESA

NOME:

CARGO:

ANIVERSÁRIO:

E-MAIL:

TELEFONE:

## RAMO DE ATIVIDADE

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atacadista Entrega      | <input type="checkbox"/> Distribuidor                | <input type="checkbox"/> Indústria                |
| <input type="checkbox"/> Atacadista Balcão       | <input type="checkbox"/> Operador de Vendas (Broker) | <input type="checkbox"/> Prestador de Serviço     |
| <input type="checkbox"/> Atacadista Cash & Carry | <input type="checkbox"/> Operador Logístico          | <input type="checkbox"/> Representante Comercial  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Supermercado / Varejista |

## PRINCIPAIS LINHAS DE PRODUTOS COMERCIALIZADOS

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentos Candies   | <input type="checkbox"/> Alimentos Industrializados          | <input type="checkbox"/> Fármacos OTC             |
| <input type="checkbox"/> Alimentos Diet/ Light e Orgânicos   | <input type="checkbox"/> Bazar / Armazinhos                  | <input type="checkbox"/> Limpeza                  |
| <input type="checkbox"/> Alimentos Embutidos   | <input type="checkbox"/> Bebidas Alcoólicas                  | <input type="checkbox"/> Veterinário /Agronegócio |
| <input type="checkbox"/> Alimentos Pet   | <input type="checkbox"/> Bebidas não Alcoólicas              |   |
| <input type="checkbox"/> Alimentos Refrigerados  | <input type="checkbox"/> Beleza/Cosméticos / Higiene Pessoal |   |
| <input type="checkbox"/> Alimentos Seco Commodities  | <input type="checkbox"/> Fármacos Éticos                     |   |
| <input type="checkbox"/> OUTROS ( Eletroeletrônicos, Material de Construção, Auto Moto peças, Calçados e outros) |  |   |

ATUAÇÃO GEOGRÁFICA:

INDICAÇÃO:

Assinatura e carimbo da empresa:

Autorizo o envio mensal dos boletos de cobrança ao endereço acima indicado.  
ENVIAR ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

NOME:

CARGO:

Favor enviar a Proposta de Filiação preenchida e devidamente assinada para o e-mail abaixo, ou através do fax: (71)3342-4977.