

CADASTRO DE FORNECEDOR

PESSOA FÍSICA

Unimed 
Leste Paulista

ANS-nº358088

Dados cadastrais		
Nome		
CPF		
RG	Data de expedição ____/____/____	Órgão emissor
Data de nascimento ____/____/____	Sexo	
I.N.S.S.	PIS/PASEP	
Endereço	CEP	
Cidade		
Estado		
Telefone	Celular	
Contato		
E-mail		
Ramo de atividade		
Você já fez contato com algum colaborador da Unimed? () Sim () Não		
Caso sim, cite o nome		
Produtos/Serviços oferecidos		
Condições pagamentos:		
À vista (c/cheque) - ()		
Referências comerciais:		
Nome/Razão Social		
Responsável	Telefone	Cidade
Nome/Razão Social		
Responsável	Telefone	Cidade
Nome/Razão Social		
Responsável	Telefone	Cidade

Preencha o formulário e envie para o e-mail compras@unimedlestepaulista.com.br junto com a cópia dos documentos solicitados