|  |
| --- |
| **INFORMAÇÃO DO CLIENTE** |
| Nome Comercial: |  |
| Morada: |  |
| Nuit: |  |
| Principal Actividade: |  |
| Telefone: | (+258) | (+258) |
| Outras Actividades: |  |
| Email Geral: |  |

|  |
| --- |
| **CONTACTO DOS RESPONSÁVEIS (CLIENTE)** |
| **Função** | **Nome** | **Contacto** | **E-mail** |
| Gestor de Projecto |  |  |  |
| Fiscal residente |  |  |  |
| Director Financeiro |  |  |  |
| Responsável Pagamentos |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PAGAMENTO** |
| **Adjudicação** |
| [ ]  Pronto Pagamento | [ ]  30 Dias | [ ]  Outro (Qual)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **RESTANTES PAGAMENTOS** |
| [ ]  Pronto Pagamento | [ ]  30 Dias | [ ]  Outro (Qual) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Forma Preferencial de Pagamento** | **BANCOS (TRANSFERÊNCIA)** |
| [ ]  Transferência Bancária[ ]  Cheque[ ]  P.O.S | [ ]  Millennium Bim [ ]  Banco Único[ ]  Moza Banco | [ ]  BCI[ ]  Outro (Qual) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Outro (Qual)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **FACTURAS ISECTION** |
| **Descritivo** |
| O descritivo das facturas emitidas pela ISECTION deverá respeitar algum requisito interno da empresa? | [ ]  Sim  | [ ]  Não  |
| **Se sim, por favor indique qual/quais:** | **Preencha o Respectivo Requisito** |
| Nota de encomenda | [ ]  Sim | [ ]  Não  |  |
| Nº de Projecto interno do cliente | [ ]  Sim | [ ]  Não |  |
| Nome da Pessoa Responsável | [ ]  Sim | [ ]  Não |  |
| Outro | [ ]  Sim | [ ]  Não |  |
| **ANEXO** |
| A ISECTION deverá anexar documentos às facturas entregues?  | [ ]  Sim  | [ ]  Não  |
| Se sim, por favor indique qual/quais: | **CLENTE** | **FISCALIZAÇÃO** |
| Factura Original | [ ]  | [ ]  |
| Factura Duplicado | [ ]  | [ ]  |
| Outro | [ ]  | [ ]  |
| **APROVAÇÃO** |
| As facturas devem ser aprovadas por alguma empresa externa de fiscalização? | [ ]  Sim  | [ ]  Não  |
| **Se sim, por favor indique:** |
| Nome: | Empresa: | Contacto**:**  |

|  |
| --- |
| **ENTREGA** |
| Preencher se a morada de entrega das facturas for diferente da morada da sede do cliente |
| Morada: | A/C: |
| **OUTROS REQUISITOS** |
| Por favor indique outros procedimentos na emissão, aprovação ou entrega de facturas que a ISECTION deve respeitar: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **VALIDAÇÃO** |
| Responsável pelo Preenchimento: |  |
| Contacto: |  |
|  |
| **ASSINATURA** |
| **Nome** | **Data** | **Assinatura** |
|  |  |  |