|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  | |  |