

Cadastro de Revendedor



Razão Social:

Nome Fantasia:

Ramo de Atividade:

CNPJ:

Inscr. Estadual:

Inscr. Municipal:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP: -

UF:

Pais:

Tel:
() -

Fax:
() -

Faixa de Faturamento
<input type="checkbox"/> até 10 mil / mês
<input type="checkbox"/> até 50 mil / mês
<input type="checkbox"/> até 200 mil / mês
<input type="checkbox"/> até 500 mil / mês
<input type="checkbox"/> até 1 milhão / mês
<input type="checkbox"/> acima de 1 milhão

Escolha o tipo de atuação em serviço	
Assistência Técnica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Desenvolvimento de Software próprio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Implantação de Sistemas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Indique as linhas de Produtos e Marcas que você comercializa:	

Principal Contato:

Nome:

Cargo:

E-mail:

Assinatura e Carimbo do Responsável

Após o preenchimento, enviar este formulário a BPsolutions através do fax (11) 3388-7733