

AUTORIZAÇÃO DO CLIENTE PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇO – ACES

INFORMAÇÃO DO CLIENTE

Dados Cadastrais:

Nome responsável:			
Empresa:			
Endereço:			
CEP:		Cidade – UF:	
CNPJ:		Fone / Fax:	
E-mail:	luizalpes.nen@cscimentos.com.br		

Assinale caso seja para enviar a NF neste endereço.

Dados da Fatura:

Nome responsável:			
Empresa:			
Endereço:			
CEP:		Cidade – UF:	
CNPJ:		Fone / Fax:	
E-mail:			

Assinale caso seja para enviar a NF neste endereço.

E-mail's para recebimento de resultados.

1.	07.
2.	08.
3.	09.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

Os certificados originais serão enviados através dos Correios.

INSTRUÇÕES ESPECIAIS:

Dados da(s) Amostra(s): [Clique aqui para preencher](#)
[Clique aqui para ver exemplo de preenchimento](#)

RESERVADO P/ USO DO LABORATÓRIO

Chegada: / /	
Am. Arquivo	Preparada
Conf.Orçamento	Peso:
Filial:	
Liber.PCP:	
Nº do Certif.	
Entrada:	
Coord.EXP.	
Result. Enviado: / /	

ACEITE DO CLIENTE

Total de amostras :	
Projeto :	
Nº de Ref. Pedido :	
Nº Proposta/Contr.:	
Data :	
Nome legível :	
Assinatura :	

