

FORMULARIO DE ALTA DE CLIENTES

Rellena el formulario para la distribución de nuestros productos, gracias.

DATOS COMERCIALES

Razón social		Nº Puntos de venta	
Dirección razón social			
Nombre comercial			
Código postal		Localidad	Provincia
CIF		Epígrafe	
Teléfono		Fax	
E-mail		Web propia	
Actividad principal a la que se dedica la tienda			
Grupo o cadena a la que pertenece (en caso de pertenecer a alguna)			

PERSONA DE CONTACTO

Nombre y apellidos			
NIF		Cargo	
Dirección del contacto			
Código postal		Localidad	Provincia
Teléfono		Móvil	E-mail

DATOS DE FACTURACIÓN

La dirección de entrega y facturación son la misma (marque con una X):

Si	No	
----	----	--

En caso de que sean distintos, indicar la dirección de facturación:

Dirección			
Código postal		Localidad	Provincia

Recargo de equivalencia (marque con una X):

Si	No	
----	----	--