



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Anexo 1

DADOS CADASTRAIS DO CLIENTE

Empresa:	
Endereço para Faturamento:	Rua: Bairro: CEP: Município: Estado:
C. N. P. J:	
Inscrição Estadual:	
Responsável pela compra:	Nome: Setor:
Contato:	Tel: Fax:
Endereço de Entrega:	Rua: Bairro: CEP: Município: Estado: