

FORMULÁRIO DE CADASTRO PARA DISTRIBUIDORES

****Dados Pessoais:****

Nome Completo:

CPF/CNPJ:

Data de Nascimento:

Endereço Completo:

Cidade/Estado:

CEP:

Telefone/WhatsApp:

E-mail:

****Informações Comerciais:****

Você já trabalha com venda de cosméticos? () Sim () Não

Se sim, quais marcas você representa?

Possui loja física ou online? () Loja Física () Loja Online () Ambas () Nenhuma

Qual é o seu público-alvo principal?

Como pretende divulgar os produtos?

****Forma de Pagamento Preferida:****

() Pix () Boletão () Cartão de Crédito () Depósito Bancário

****Outras Informações:****

Como conheceu nossa marca?

Possui alguma dúvida ou sugestão?

Ao preencher este formulário, você declara que as informações fornecidas são verdadeiras e concorda com

Assinatura: _____

Data: ____/____/____