



## فرم درخواست نمایندگی فروش شرکت وقایع نگر دیدافزا

تاریخ درخواست :

- شرکت / فروشگاه :	
- نوع مالکیت :	خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> سایر:

- مشخصات مدیرعامل شرکت / صاحب جواز کسب فروشگاه	
نام و نام خانوادگی :	تحصیلات :
تاریخ تولد :	درصد سهم :
کد ملی :	پست الکترونیک :
تلفن منزل :	تلفن همراه :
آدرس :	

- مشخصات فردی و درصد سهم هر یک از سهامداران و مدیران شرکت :		
نام و نام خانوادگی :	سمت :	میزان سهم / درصد مشارکت :
نام و نام خانوادگی :	سمت :	میزان سهم / درصد مشارکت :
نام و نام خانوادگی :	سمت :	میزان سهم / درصد مشارکت :

- تاریخ تاسیس و شروع فعالیت :			
پروانه کسب :	شماره پروانه :	نام صاحب پروانه :	تاریخ انقضاء :
سایز مجوزها :	شماره مجوز :	نام صاحب جواز :	تاریخ انقضاء :

- مشخصات محل فعالیت :		
آدرس :		
تلفن :	فکس :	وب سایت :
موقعیت محل فعالیت :	تجاری <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
نحوه تملک :	مالک <input type="checkbox"/> سرقفلی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
مساحت فروشگاه :		
مدت زمان فعالیت در محل فعلی :		

- مشخصات پرسنل :

تعداد پرسنل :

تعداد پرسنل با مدرک کارشناسی و بالاتر مرتبط با حوزه فعالیت :

فروش : فنی : مالی : سایر :

- مشخصات مسئول فروش و سفارشات شرکت :

نام و نام خانوادگی : تلفن همراه :

- نحوه همکاری :

پروژه  نمایندگی انحصاری  نمایندگی فروش

تعداد تقریبی پروژه در ماه :

میزان تقریبی فروش در ماه :

توان سرمایه گذاری جهت ایجاد نمایندگی انحصاری یا فروش :

ذکر نمایندگی سایر شرکتها در صورت وجود و میزان تقریبی فروش ماهیانه :

نام شرکت : برند : میزان فروش :

نام شرکت : برند : میزان فروش :

نام شرکت : برند : میزان فروش :

مهر و امضاء مدیر شرکت / فروشگاه

ارسال فرم به یکی از دو صورت زیر :

پست الکترونیک : [info@vanda.company](mailto:info@vanda.company)

فکس : ۸۸۶۱۷۷۹۸ (۲۱) +۹۸ داخلی ۱۰۶