

DOC NO : F.0943

فرم اطلاعات متقاضیان دریافت نمایندگی شرکت تجهیزات پزشکی هلال ایران

مشخصات متقاضی

تذکر: لطفا در صورت اینکه متقاضی شخصیت حقوقی داشته باشد در بخش نام و نام خانوادگی مشخصات مدیر عامل تکمیل شود

نام شرکت :	تاریخ ثبت :	شماره ملی / ثبت :
نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	تاریخ تولد :
تلفن منزل :	تلفن محل کار :	شماره همراه :

آدرس محل کار :

کد پستی:

آدرس منزل (اشخاص حقیقی) :

کد پستی:

استان و یا شهر مورد درخواست برای نمایندگی

شهر :

استان :

تعداد تقریبی عاملین تحت پوشش

مراکز درمانی :	عمده فروش :	داروخانه ها :
----------------	-------------	---------------

امکانات توزیع و پخش

دفتر اداری :	متر مربع	انبار کالا :	متر مربع
وسایط نقلیه :	تعداد کارکنان :	نفر	

دارای نمایندگی از شرکتهای تولیدی و بازرگانی :

خلاصه سوابق کاری و رزومه :

لطفا در صورت وجود، همراه با مستندات ضمیمه شود.

اسناد و وثایق ضمانت :

توضیحات :

امضاء متقاضی