هیراد صنعت آرنا

فرم درخواست عاملیت فروش

نام شرکت یا واحد صنفی		تاریخ درخواست	
شماره ثبت/شماره پروانه		آدرس ایمیل	
سال تاسیس		تلفن	
تعداد کارکنان		فکس	
نفر مرتبط/ سمت		نام مسئول فنی	
آدرس شرکت یا واحد صنفی			

- نوع شرکت یا واحد صنفی:

- آیا شرکت یا واحد صنفی شما دارای مجوز توزیع از اداره کل تجهیزات پزشکی می باشد؟

- لطفا محصولاتی که در حال حاضر شرکت یا واحد صنفی شما ارائه می نماید را ذکر نمایید:

- لطفا نام شرکت هایی که در حال حاضر شما دارای نمایندگی فروش و توزیع از آنها می باشد و مدت همکاری را ذکر نمایید:

- لطفا نام مراکز عمده درمانی و بیمارستانی که جزء مشتریان اصلی شما هستند را ذکر نمایید:

- آیا شرکت و یا واحد صنفی شما به عنوان پخش کننده عمده به دیگر فروشندگان و توزیع کنندگان صنف تجهیزات پزشکی محسوب میشود؟
در اینصورت تعداد تقریبی شرکت ها و واحد های صنفی که از شما خرید می کنند را ذکر نمایید:

- محدوه فروش و خدمات شما(لطفا نام استان و شهرهای محدوده فروش خود را ذکر نمایید):

- لطفا گردش مالی سالیانه خود را ذکر نمایید:

- لطفا محصولاتی را که مایل به دریافت نمایندگی توزیع و فروش هستید به همراه میزان سفارش ماهیانه خود را ذکر نمایید:

مهر و امضا

Email: info@hisa-co.com, info.hisaco@gmail.com