

**فرم درخواست عاملیت فروش**

هیراد صنعت آرنا

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