

فرم درخواست

تاریخ: / /

نمایندگی فروش

نام پدر :	نام خانوادگی:	نام :	
محل تولد :	تاریخ تولد : / /	شماره شناسنامه :	
همراه :	فکس فروشگاه :	نام فروشگاه :	
تلفن :	آدرس فروشگاه :		
کد پستی :	نام شهرستان :	نام استان :	
متراژ واحد صنفی :	تعداد پرسنل :	نوع مجوز فعالیت فروشگاه :	
<input type="checkbox"/> شراکتی :	<input type="checkbox"/> استیجاری :	<input type="checkbox"/> سرقفلی :	
<input type="checkbox"/> مالکیت :			
نام شرکتهای در ارتباط :			
حسابهای بانکی			
تلفن	شماره حساب	شعبه	نام بانک

مهر و امضاء

ارسال به شماره فکس: ۰۲۹-۸۸۴۹۳۰۲۹-۲۱