

## فرم اعتبارسنجی نمایندگان/اعمالان فروش



شرکت صنعتی الما الکرونیک

FCO23	شماره سند:		
۱۴۰۲/۰۷/۲۲	تاریخ بازنگری:		
۰۱	شماره بازنگری:		

مشخصات حقوقی			
نام شرکت:	شناسه ملی:	شماره ثبت:	محل ثبت:
شماره تلفن:	شماره اقتصادی:	ایمیل:	
آدرس:	کد پستی:		
مشخصات حقیقی			
نام و نام خانوادگی (دریافت کننده):	سمت:	نام پدر:	
کد ملی:	تاریخ تولد:	محل تولد:	تحصیلات:
تلفن ثابت:	شماره همراه:	ایمیل:	
آدرس:	کد پستی:		
حوزه فعالیت و امکانات مجموعه/شرکت			
<input type="checkbox"/> پخش	<input type="checkbox"/> بازرگانی	<input type="checkbox"/> فروشگاه	
امکانات کلی:	<input type="checkbox"/> دفتر فروش/مساحت:	<input type="checkbox"/> فروشگاه/مساحت:	<input type="checkbox"/> انبار/مساحت:
توانایی ارائه وثیقه:	<input type="checkbox"/> ندارم	<input type="checkbox"/> دارم	نوع وثیقه:
ارائه مدارک:	<input type="checkbox"/> پروانه کسب محتوا	سال تاسیس:	تعداد کارکنان:
		سابقه فعالیت (سال):	
مشخصات حساب بانکی			
نام بانک:	کد شعبه:	آدرس:	شماره تلفن:
شماره حساب بانکی:	تاریخ افتتاح حساب:	<input type="checkbox"/> صورتحساب حساب بانکی	<input type="checkbox"/> تاییدیه حساب بانکی
مشخصات فردی و حساب بانکی شریک تجاری			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:	
تاریخ تولد:	محل تولد:	شماره همراه:	
آدرس:	کد پستی:		
نام بانک:	کد شعبه:	آدرس:	شماره تلفن:
شماره حساب بانکی:	تاریخ افتتاح حساب:	<input type="checkbox"/> صورتحساب حساب بانکی	<input type="checkbox"/> تاییدیه حساب بانکی
مشخصات فروشگاه/شرکت			
وضعیت مالکیت ملک:	<input type="checkbox"/> ملک شخصی	<input type="checkbox"/> سرقلی	<input type="checkbox"/> استیجاری از تاریخ ..... تا تاریخ .....
امکانات اداری فروشگاه/شرکت:	<input type="checkbox"/> سیستم حسابداری	<input type="checkbox"/> سیستم کنترل موجودی	<input type="checkbox"/> کامپیوتر
<input type="checkbox"/> خودروی پخش/تعداد:	<input type="checkbox"/> بازاریاب/تعداد:	نحوه اجرای تبلیغات:	
ارزش ریالی فروشگاه/دفتر فروش (در صورت مالک بودن):	ارزش ریالی کالای موجود (تخمینی):		
میزان کل خرید ریالی سال گذشته:	تخمین خرید ریالی ماهیانه از محصولات گروه (در صورت اخذ نمایندگی/عاملیت):		
تعداد مشتری فعال:	محدوده جغرافیایی توزیع محصولات:	نحوه فروش:	<input type="checkbox"/> کلی <input type="checkbox"/> جزئی <input type="checkbox"/> هر دو
برندهای موجود در سیستم توزیع متقاضی			
-۱	-۲	-۳	
-۴	-۵	-۶	
اطلاعات شرکت و افرادی که داد و ستد تجاری دارند			
نام شرکت/نام و نام خانوادگی	تلفن ثابت	شماره همراه	آدرس
تاییدیه نهایی			
تکمیل کننده فرم:	نظر واحد مالی:	نظر کارشناس بازاریابی و فروش:	دستور مدیر بازرگانی:
	<input type="checkbox"/> تایید قطعی <input type="checkbox"/> عدم تایید		
	شرح:		
	.....		
	.....		
امضاء/تاریخ:	امضاء/تاریخ:	امضاء/تاریخ:	امضاء/تاریخ: