

شماره:		تاریخ درخواست:				
نام و نام خانوادگی:		سمت:	تحصیلات:			
دارای مدرک فنی و حرفه ای:		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	رشته های: ۱- ..... ۲- ..... ۳- .....			
نام فروشگاه/ شرکت:		استان: ..... شهر: .....				
نام مدیر/ مسئول:		سال تاسیس:	کد اقتصادی:			
متقاضی: <input type="checkbox"/> عاملیت فروش <input type="checkbox"/> نمایندگی جهت توزیع <input type="checkbox"/> درخواست خرید جهت پروژه <input type="checkbox"/> خدمات پس از فروش <input type="checkbox"/>						
آدرس پستی فروشگاه:						
موقعیت فروشگاه: <input type="checkbox"/> خیابان اصلی <input type="checkbox"/> خیابان فرعی <input type="checkbox"/> داخل مجتمع <input type="checkbox"/> یک بر <input type="checkbox"/> دو بر <input type="checkbox"/> متراژ: .....						
تلفن و فاکس:		آدرس پست الکترونیک:				
همراه:		<input type="checkbox"/> مالکیت <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> سر قفلی <input type="checkbox"/>				
وضعیت انبار:		<input type="checkbox"/> موجود است <input type="checkbox"/> موجود نیست <input type="checkbox"/> تعداد انبار: .....				
آدرس انبار:						
متراژ انبار:		<input type="checkbox"/> مالکیت <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> سر قفلی <input type="checkbox"/>				
زمینه فعالیت: <input type="checkbox"/> ساختمان <input type="checkbox"/> تأسیسات <input type="checkbox"/> لوازم خانگی و تأسیسات <input type="checkbox"/>						
آیا نمایندگی شرکت یا محصولات خاصی را دارا هستید یا در گذشته همکاری داشته اید؟						
ردیف	نام شرکت	شرح	میزان رضایت مصرف کننده	سابقه همکاری	میانگین فروش سالانه	مزایای نسبی
۱						
۲						
۳						
۴						
بازار مصرف و حوزه عمل مورد نظر شما برای فروش یا خدمات پس از فروش چه مناطقی است؟						
کدامیک از محصولات لورچ بیشتر مورد توجه شما قرار گرفته اند؟						
<input type="checkbox"/> بخاری گازسوز <input type="checkbox"/> آبگرمکن دیواری <input type="checkbox"/> آبگرمکن مخزنی <input type="checkbox"/> کولر <input type="checkbox"/> پکیج <input type="checkbox"/>						
علت انتخاب محصولات لورچ: <input type="checkbox"/> قیمت <input type="checkbox"/> کیفیت <input type="checkbox"/> خدمات پس از فروش <input type="checkbox"/> ساخت داخل <input type="checkbox"/> تجربه و سابقه استفاده <input type="checkbox"/>						
ضمن تقدیر و تشکر از فرصتی که در اختیار ما گذاشتید، آیا بعد از اتمام نمایندگی مایل به تماس تلفنی <input type="checkbox"/> هستید <input type="checkbox"/> نیستید <input type="checkbox"/>						
مایل به دریافت بروشور <input type="checkbox"/> هستید <input type="checkbox"/> نیستید <input type="checkbox"/>						
مهر و امضای متقاضی						
نظر نهایی مدیریت فروش:						تاریخ بررسی:
نام و امضاء:						