

POSTURE MEDIC SOLICITUD DE DISTRIBUIDOR

Gracias por su interés en convertirse en un distribuidor de Posture Medic.

PERFIL DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa:		País:	
Año de lanzamiento de la empresa:		Corporación <input type="checkbox"/>	Sociedad <input type="checkbox"/>
		Gubernamental <input type="checkbox"/>	Unipersonal <input type="checkbox"/>
Teléfono:	Fax:	Sitio Web:	
Años en funcionamiento:		Cantidad de empleados:	Número de expertos en ventas:
Ingresos previstos para este año:		Ingresos correspondientes al año pasado:	
Tipo de negocio: <input type="checkbox"/> Distribuidor <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Minorista <input type="checkbox"/> Asistencia médica <input type="checkbox"/> Por Internet			
¿La empresa tiene Distribuidores?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuántos?
¿La empresa abastece a comercios minoristas?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuántos?
¿La empresa realiza exhibiciones en ferias comerciales para consumidores?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuántos?
¿La empresa abastece a clínicas/instituciones de asistencia médica?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuántos?
5 mejores productos actuales			
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
			5. _____

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre de la empresa:	Contacto:	Compra anual:
Nombre de la empresa:	Contacto:	Compra anual:
Nombre de la empresa:	Contacto:	Compra anual:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA EMPRESA

Ventas:	Teléfono:	Correo electrónico:
Compras:	Teléfono:	Correo electrónico:
Envíos/Logística:	Teléfono:	Correo electrónico:
Marketing/Artes gráficas:	Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DE POSTULANTES

Nombre del postulante:	Teléfono:
Correo electrónico del postulante:	Fecha: