

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO GRUPY

# Aptek z Misiem

Formularz sporządził/a	Imię	Nazwisko
Dane kontaktowe	telefon	e-mail
Adres zamieszkania	ulica	kod, miasto
Źródło informacji o franczyzie		
Zwrotny adres e-mail *	<a href="mailto:bok@aptekazmisiem.pl">bok@aptekazmisiem.pl</a>	

\* prosimy o odesłanie skanu uzupełnionego formularza na wskazany adres e-mail



1. Informacje dodatkowe	
Rok ukończenia studiów	
Doświadczenie zawodowe	

<b>2. Dane dot. ew. miejsca prowadzenia apteki franczyzowej</b>	
Miasto/dzielnica	
Liczba mieszkańców miasta/dzielnicy	
Liczba aptek działających w mieście	
Krótki opis aptek konkurencyjnych - popularnych, rozpoznawalnych w mieście	
Adres lokalu*	
Powierzchnia*	
Opis lokalizacji i lokalu*	
Ile wynosi czynsz za lokal? *	
Czy lokal umożliwia zaprojektowanie przestrzeni samoobsługowej apteki?*	

\* prosimy o uzupełnieniu tylko i wyłącznie jeśli klient posiada lokal własnościowy lub ma możliwość wynajęcia w/w

