

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 franchisingu		
Zwrotny adres e-mail *	bok@aptekazmisiem.pl	

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



1. Informacje dodatkowe	
Doświadczenie zawodowe	
Ew. krótki opis prowadzonej działalności zawodowej, gospodarczej	

2. Dane dot. ew. miejsca prowadzenia apteki franchisingowej	
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 uzupełnienie tylko i wyłącznie jeśli klient posiada lokal własnościowy lub ma możliwość wynajęcia w/w

