

		درخواست اخذ نمایندگی طنین بهداشت پارس		استان/شهرستان:	
نام شرکت پخش:		سال تاسیس:		شماره ثبت:	
نام مدیر عامل:		کد ملی:		کد اقتصادی:	
آدرس انبار:					
آدرس دفتر:					
شماره تلفن:		شماره موبایل:		شماره فکس:	
آدرس ایمیل:					
شبکه های توزیع:		عمده فروش/شاهری		مویرگی:	
☐					
ظرفیت و امکان افزودن تیم اختصاصی برای سبد محصولات طنین بهداشت پارس دارید:					
نماینده		هیبرید		شعبه	
☐		☐		☐	
نوع تضمین:		ضمانت نامه بانکی		سندملکی	
☐		☐		☐	
جمعیت استان:		تعداد مراکز عرضه فعال پخش:		داروخانه فعال:	
☐		☐		☐	
تعداد مراکز موجود در کل استان:		فروشنده مویرگی:		فروشنده داروخانه:	
☐		☐		☐	
تعداد فروشندگان پخش:		فروشنده عمده فروش:		فروشنده تعاونی:	
☐		☐		☐	
وسایل نقلیه جهت توزیع					
نوع وسیله		تعداد		ملکی/استیجاری	
☐		☐		☐	
☐		☐		☐	
☐		☐		☐	
☐		☐		☐	
مشخصات نرم افزار و سخت افزار پخش					
نوع فضا		مساحت (متر مربع)		امکانات/ نرم افزار	
☐		☐		☐	
اداری		☐		☐	
☐		☐		☐	
انبار		☐		☐	
☐		☐		☐	