

Zgłoszenie Uczestnika do grupy zakupowej tak dla zdrowia

Zgłoszenie Uczestnika z dnia.....

Pełna nazwa Uczestnika			
Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej (<i>właściwe zaznaczyć</i>)			
☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gosp.		☐ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	
☐ spółka cywilna		☐ spółka akcyjna	
☐ spółka jawna		☐ spółka komandytowo-akcyjna	
☐ spółka partnerska		☐ spółdzielnia	
☐ spółka komandytowa		☐ inna forma prawna (<i>jaka?</i>)	
Imię i nazwisko Uczestnika			
Dane adresowe Uczestnika ulica miejscowość kod pocztowy			
Kontakt do Uczestnika Telefon: e-mail: fax: adres strony internetowej:			
NIP Uczestnika			
Obroty Uczestnika:			
Zezwolenie na prowadzenie Apteki lub Punktu Aptecznego/Koncesja			
Hurtownie z którymi współpracuje Uczestnik:			
Ilość personelu:			
Ilość stanowisk:			
Obecność programu lojalnościowego – proszę podać jakiego:			