



Domanda SALUTE+STORE® pacchetto *Corner*

Data:
...../...../.....

Spett.le SALUTE+STORE,
Io sottoscritto.....,
nato a.....il.....,
residente a....., in Via....., N°.....,
Cap.....,
Provincia....., Tel.....,
Mail.....

Richiedo

L'accettazione della mia domanda di affiliazione a Salute+Store Franchising, finalizzata all'apertura di un **SALUTE+STORE *Corner*** nella mia attività nella città di, in Provincia di.....,

indicando i seguenti requisiti:

Titolo di Studio.....

Esperienze lavorative:.....

Indirizzo del locale:.....

Disponibilità economica. Per l'apertura di un Salute+Store sono necessari almeno €uro 10.000 di capitale proprio.

Confermi la tua disponibilità di tale cifra? Si No

Motivazione Imprenditoriale:.....



Questionario informazioni attività SALUTE+STORE® Corner

Indicare la superficie in mq del locale:.....

Indicare il numero di vetrine:

L'attività è aperta da meno di anni 5? SI NO

L'attività è aperta da più di anni 5 ? SI NO

Vendita attuale articoli Ortopedi/sanitari SI NO

Vendita attuale articoli medicali/invalidi SI NO

Vendita attuale articoli infanzia/anziano SI NO

% Vendita attuale articoli Ortopedi/sanitari

% Vendita attuale articoli medicali/invalidi

% Vendita attuale articoli infanzia/anziano

% Vendita altri articoli (indicare quali)



Indicare quali articoli si vendono

maggiormente:.....

.....

.....

Note:.....

.....

.....

.....

- ✓ La presente domanda non ha valore vincolante. A seguito di una sua accettazione da parte di Salute+Store, sarà comunque indispensabile sottoscrivere l'offerta di affiliazione prescelta.
- ✓ I dati qui riportati verranno trattati secondo il rispetto dell'ultima normativa sulla Privacy vigente.