فرم درخواست نمایندگی فروش

با تشکر از حسن اعتماد و انتخاب شما، چنانچه تمایل به اخذ نمایندگی فروش مبلمان سیب را دارید، فرم زیر را پر نموده و از طریق واتساپ یا فکس ارسال بفرمایید.

نام : نام خانوادگی :

محل مورد نظر جهت درخواست نمایندگی

فروشگاه ☐ دفتر ☐ تعاونی ☐ غیره ☐

نام تجاری محل مورد نظر :

آدرس و شماره تلفن :

سابقه محل تجاری :

وضعیت ملکی

سرقفلی ☐ استیجاری ☐ شراکت کاری با مالک ☐ شراکت در سرقفلی ☐

متراژ (به متر مربع) :

مدت سابقه کار در زمینه مبلمان :

چنانچه در خواست برای فروشگاه مبلمان می باشد، سبک فروش را مشخص فرمایید.

مدرن ☐ استیل ☐ کلاسیک ☐ همه موارد ☐

آیا تاکنون سابقه فروش مبلمان تختخوابشو را داشته اید؟

آیا با محصولات سیب آشنایی دارید؟

شرکت سیب در اسرع وقت با شما تماس گرفته تا افتخار حضور شما را در فروشگاه مرکزی داشته باشد.

نام و امضای متقاضی

تهران، دفتر و فروشگاه مرکزی :

میدان ۷ تیر، خیابان بهار شیراز، خیابان سلیمان خاطره، پلاک ۲۹

تلفن: ۸۱۰۳۸-۰۲۱ **فکس : ۸۸۸۴۷۳۵۸-۰۲۱**

واتساپ : ۰۹۰۳۶۷۰۷۸۷۹ **اینستاگرام : @sibsofabed**

www.moblesib.ir

shop.moblesib.ir

Email: info@moblesib.ir