

Interessentenfragebogen S.1

Angaben zur Person

Name /Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum/ -ort _____

Familienstand _____

Anzahl der Kinder _____

Angaben zur Selbstständigkeit

Waren Sie schon einmal selbstständig? nein ja _____

Haben Sie Erfahrung im Verkauf? nein ja

Sind Sie örtlich gebunden? nein ja

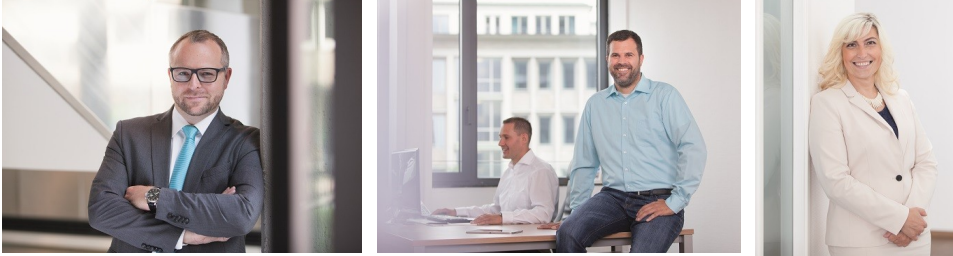
Ihr Standortwunsch Wohnort _____
_____ alternativ

Einstiegstermin _____

Höhe des Eigenkapitals kein EK mind. 15.000 € mind. 25.000 €

Führerschein für PKW vorhanden? nein ja

PKW vorhanden? nein ja



Interessentenfragebogen S.2

Allgemeine Angaben

Wieviele Mitarbeiter haben Sie bis jetzt max. geführt?

- keine
- 1 - 2
- 3 - 5
- mehr

Was ist Ihnen beruflich am wichtigsten?

- Steigerung des Einkommens
- Teamarbeit und Kundenkontakt
- Unternehmerische Freiheit
- Verwirklichung eigener Ideen

Was gefällt Ihnen an PROMEDICA PLUS?

Warum sollte PROMEDICA PLUS Sie als Partner gewinnen?

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch „PROMEDICA PLUS“ kontaktiert zu werden. Die erhobene Daten werden lediglich zur internen Bearbeitung gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist schriftlich an die PROMEDICA PLUS Franchise GmbH, II. Hagen 7, 45127 Essen zu richten.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte den vollständig ausgefüllten Fragebogen an folgende E-Mail-Adresse senden: franchise@promedicaplus.de