

# 张医生青少年视力服务中心加盟资格申请表

申请人姓名		性别		出身年月	
学历		籍贯		身份证号码	
E-MAIL		联系电话			
联系地址					
法人资历	公司名称		公司性质		
	经营方式		地址		
	经营范围				
申请区域	省                    市                    县(区)				
当地竞争品牌					
第一次获知加盟信息的途径					
品牌认知	1、简单谈谈对品牌的认识和看法： 2、选择张医生视力保健店的理由：				
<b>合作意向</b>					
1、管理方式：( )A、个人全力投入 B、合资经营 C、授权他人管理。 2、准备投入的资金量：( )A、30万以上 B、20万以上 C、15万以上 D、10万以 E、5万以上 3、合作人选：( )A、有；B. 无 4、是否现有候选店面：( )A、无 B、有 地址是 _____，面积_____M <sup>2</sup> 5、是否考察过张医生加盟店：( )A、有 B、无 考察加盟名称地址_____。 6、希望在什么时间段达成合作意向：_____年_____月_____日以前。 7、希望在什么时间进行合作加盟店开业工作：_____年_____月_____日以前。					
本人/公司已详细阅读加盟手册并填写以上之条文，所写资料全部属实  <p style="text-align: center;">申请人签名：                    申请时间：</p>					
1、请完整填写申请表，本公司将对申请表内容严格保密 2、本表格填写完毕后可以通过以下方式反馈公司： a、 邮寄：河南省南阳市西峡龙乡路与紫金路东北角电商产业园二楼 b、 财富加盟热线：400-088-6327 0377-69680088 18637776327 c、 QQ:584111634 1076680651 3、公司将根据加盟商申请表格进行资格初审，申请表接受三日后将初审结果通知申请人					