

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование организации** |  |
| **Адрес (место нахождения) организации** |  |
| **ИНН/КПП** |  |
| **Контактные телефоны (с кодом города)** |  |
| **Адрес электронной почты (E-mail)** |  |
| **http://Web-сайт организации** |  |
| **Контактное лицо (ФИО, должность)** |  |
| **Основная сфера деятельности организации** |  |
| **Дополнительная сфера деятельности** |  |
| **Общее число сотрудников** |  |
| **Срок работы на рынке медицинского оборудования** |  |
| **Дилерами каких компаний Вы являетесь в настоящее время** |  |
| **Интересующая продукция**  **ООО «НПФ «МЕДИКОН»** |  |
| **Предполагаемый регион деятельности** |  |
| **Планируемый объем закупок в месяц / в год** |  |
| **Наличие службы маркетинга** |  |
| **Наличие выставочного зала, площадь** |  |
| **Наличие складских помещений, площадь** |  |
| **Опыт участия в выставках (если участвуете, перечислите в каких)** |  |
| **Дополнительные данные, которые Вы бы хотели сообщить** |  |
| **Ваши пожелания по совместной работе с ООО «НПФ «МЕДИКОН»** |  |

**Заполненную анкету Вы можете отправить на e-mail:** [**medikon@bk.ru**](mailto:medikon@bk.ru)

**Надеемся на скорое начало взаимовыгодного сотрудничества!**