|  |  |
| --- | --- |
| **Kurum / Firma Adı** | **Bayi Yetkilisi Adı Soyadı** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon** | **Adres** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bayilik Talep Edilen Bölge** | **E-Posta** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **İl** | **İlçe** |
|  |  |

-LargeV’i nereden duydunuz?

-Daha önce hiç dental tomografi bayiliği yaptınız mı? (Evet ise hangi marka/markaların)

-Aylık ve senelik satış hedefiniz nedir?

-Satış ekibiniz kaç kişiden oluşmaktadır?

