บริษัท ออฟฟิต บิซซิเนส จำกัด

เลขที่ 12/15 ม.2 ต.เสม็ด อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000

โทรศัพท์ 038467899

ใบสมัครตัวแทนจำหน่าย

ข้อมูลธุรกิจ

บริษัท / หจก / ร้าน _____ ประเภทธุรกิจ _____

ที่อยู่ _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____ ต่อ _____ โทรสาร _____

Email _____ Website _____

ชื่อผู้ประสานงานหลัก _____ โทรศัพท์มือถือ _____

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ – นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) _____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ เกิดวันที่ ___/___/_____

หมายเลขโทรศัพท์ _____ ต่อ _____ โทรสาร _____

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

พื้นที่ขอดูแลรับผิดชอบ

อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

*****โปรดแนบสำเนาเอกสารต่อไปนี้ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง*****

(1) ภพ.20 หรือ 01 (2) บัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้อำนาจลงนาม (3) หนังสือรับรองบริษัท/ทะเบียนการค้า (4) รูปถ่ายหน้าร้าน / บริษัท (5) แผนที่หน้าร้าน / บริษัท

_____

(_____)

ลงชื่อเจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจลงนาม

วันที่ _____ / _____ / _____