

1. INFORMACJE OGÓLNE

Nazwa Firmy	
Forma prawna Firmy	
NIP	
Adres siedziby	
Adres korespondencyjny	
Telefon	
Fax	
E-mail	
Strona WWW	
Osoby do kontaktu	1.
	2.
	3.

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI FIRMY

Profil prowadzonej działalności	
Data rozpoczęcia działalności	
Zasięg działania	
Liczba zatrudnionych osób	
Dotychczasowa działalność firmy - ważniejsze osiągnięcia i sukcesy	
Z jakimi innymi firmami Państwo współpracują	
Liczba obsługiwanych klientów	
Zrealizowany obrót netto w ostatnim roku finansowym	

3. WSPÓŁPRACA Z KAMSOF

Warunkiem kontynuowania umowy po okresie próbnym (1 rok) jest realizowanie obrotu netto na poziomie 10 000 zł w tym 20% obrotu na sprzęcie

Sprzedaż w ramach grupy produktów dla FARMACJI	
Sprzedaż w ramach grupy produktów dla MEDYCYNY	
Sprzedaż w ramach grupy produktów dla ZARZĄDZANIA	
Sprzedaż sprzętu komputerowego w ramach współpracy z KAMSOF	
RAZEM :	
Jakimi produktami znajdującymi się w ofercie KAMSOF są Państwo szczególnie zainteresowani (<i>proszę obok wybranego produktu</i>)	
Grupa produktów dla FARMACJI	<input type="checkbox"/> KS-AOW, <input type="checkbox"/> KS-ZSA, <input type="checkbox"/> KS-CRM ZPL, <input type="checkbox"/> KS-PRD, <input type="checkbox"/> KS-SODEL, <input type="checkbox"/> KS-HFW,
Grupa produktów dla MEDYCYNY	<input type="checkbox"/> KS-GLR, <input type="checkbox"/> KS-PDT, <input type="checkbox"/> KS-OKL, <input type="checkbox"/> KS-GST, <input type="checkbox"/> KS-GIN, <input type="checkbox"/> KS-KST, <input type="checkbox"/> KS-PLS, <input type="checkbox"/> KS-PMP, <input type="checkbox"/> KS-SOMED, <input type="checkbox"/> KS-MEDIS, <input type="checkbox"/> KS-SZP, <input type="checkbox"/> KS-SANIS, <input type="checkbox"/> KS-SAN, <input type="checkbox"/> KS-SOLAB, <input type="checkbox"/> KS-LAB, <input type="checkbox"/> KS-DIAMED, <input type="checkbox"/> KS-DLB, <input type="checkbox"/> KS-PPS, <input type="checkbox"/> KS-ASW
Grupa produktów dla ZARZĄDZANIA	<input type="checkbox"/> KS-SODYS, <input type="checkbox"/> KS-SOW, <input type="checkbox"/> KS-CRM, <input type="checkbox"/> KS-CRM Mobile, <input type="checkbox"/> KS-HOW, <input type="checkbox"/> KS-HWW, <input type="checkbox"/> KS-STI, <input type="checkbox"/> KS-GMW, <input type="checkbox"/> KS-FKW, <input type="checkbox"/> KS-ESM, <input type="checkbox"/> KS-ZZL, <input type="checkbox"/> KS-KPD, <input type="checkbox"/> KS-PBC, <input type="checkbox"/> KS-NBD, <input type="checkbox"/> KS-SEW
Ilu pracowników z Państwa firmy zostanie oddelegowanych do współpracy z KAMSOF (działania handlowe, autoryzacje)	
Planowana liczba nowych klientów pozyskanych w związku z poszerzeniem własnej oferty o produkty KAMSOF	
Sposoby pozyskiwania nowych klientów	
Sposoby promowania Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia przy okazji Państwa współpracy z aptekami, gabinetami lekarskimi, przychodniami i szpitalami	
Państwa propozycje dotyczące współpracy z KAMSOF	

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się tylko z wybranymi firmami.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KAMSOF zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz.883) w celach informacyjnych.