

Aplicación para franquicia

INFORMACION PERSONAL

FECHA: D / M / A

NOMBRE:

APELLIDO:

CÉDULA:

SEXO M F

FECHA DE NACIMIENTO: / /

TELÉFONO MÓVIL:

DIRECCION RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO:

DEPARTAMENTO:

CIUDAD:

CORREO ELECTRÓNICO:

ESTADO CIVIL:

PROFESIÓN:

INFORMACION LABORAL

OCUPACIÓN ACTUAL:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

CARGO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

NÚMERO DE AÑOS:

NATURALEZA DEL NEGOCIO:

CIUDAD

DEPARTAMENTO

DETALLES DE SU INTERÉS

* En caso de ser afirmativa su respuesta, Indique cual

- Cuenta con alguna experiencia restaurante o servicio relacionado? *

SI

NO

Cuál ?

- Cuenta con experiencia en franquicias? *

SI

NO

Cuál ?

- Alguna vez ha tenido negocio propio? *

SI

NO

Cuál ?

- En caso de tomar una franquicia de SCATOLA DI PASTA,

SI

NO

esta sería su fuente principal de ingresos?

- Estaría involucrado en la operación del restaurante?

SI

NO

- En este negocio, están involucrados otros socios?

SI

NO

OPERACIÓN DEL RESTAURANTE

- En que ciudad le gustaría abrir un establecimiento?

- Cuantos establecimientos quisiera abrir?

- Cuenta con alguna ubicación preseleccionada para el punto de venta?

*Si la respuesta es SI indique la dirección

Dirección:



FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE

C.C.