

Formulir Pendaftaran Agen/Distributor Resmi

Nama lengkap (penanggung jawab):

Nama perusahaan:

Alamat tempat tinggal:

Alamat kantor:

No telpon (jam kerja):

No telpon (setelah jam kerja):

No handphone:

No KTP:

Tanggal lahir:

Jenis kelamin: Laki-laki / Perempuan

Alasan mau menjadi agen kami:

.....

Produk yang diminati: Chefer iPan

Saya,, selaku penanggung jawab yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah membaca dan menyetujui persyaratan untuk menjadi agen/distributor resmi untuk produk yang diminati seperti tertera di atas.

Tanggal

Tanda Tangan

Persyaratan Menjadi Agen/Distributor Resmi

Surat Pernyataan

1. Belum pernah menjadi Sub-agen untuk produk yang diminati dari Agen lain sebelumnya.
2. Tidak ada / belum ada agen resmi untuk produk yang diminati di daerah sekitar tempat tinggal dan kerjanya.
3. Bersedia memenuhi semua aturan dan kriteria serta minimum harga yang telah ditentukan oleh PT. Ellane Abadi Perkasa, Jakarta.
4. Sanggup untuk memenuhi order/pemesanan minimum yang telah ditentukan berdasarkan cakupan daerah otoritas yang disepakati bersama.

Yang menyetujui,

Yang menyatakan,

()

()