

แบบฟอร์มสมัครตัวแทนจำหน่าย

วันที่ ____ / ____ / ____ อันดับที่ ____ / ____
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____ นามสกุล _____ ชื่อเล่น _____
เกิดวันที่ ____ / ____ / ____ อายุ ____ ปี อาชีพ _____ รายได้ _____ บาท/เดือน
การศึกษาระดับ _____ สาขา _____
อาชีพปัจจุบัน _____
ที่อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
เบอร์โทร _____ แฟกซ์ _____ มือถือ _____ อีเมล _____
สถานที่จัดส่งเอกสาร เลขที่ _____ หมู่ _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
(โปรดวาดรายละเอียดแผนที่พัก/ที่ตั้งร้าน เพื่อความสะดวกในการส่งเอกสารและสินค้า)

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้เพื่อประกอบการพิจารณา

1. ปัจจุบันท่านกำลังขายหรือเคยขายอาหารเสริมอยู่หรือไม่
 จำหน่ายอาหารเสริมของ _____ ประเภท _____
 ไม่เคยจำหน่าย
2. อาหารเสริมประเภทใดที่ท่านสนใจเป็นพิเศษ (โปรดระบุ)

เอกสารประกอบการสมัคร

- | | | | |
|------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| นิติบุคคล | 1. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน | บุคคลธรรมดา | 1. สำเนาบัตรประชาชน |
| | 2. สำเนาใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม | | 2. สำเนาทะเบียนบ้าน |
| | 3. สำเนาใบทะเบียนการค้า | | 3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก |
| | 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจ | | |
| | 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก | | |

ลงชื่อ _____ ผู้สมัคร
(_____)