



COMO TEVE CONHECIMENTO DO FRANCHISING PRÉNATAL:

WEB/IMPrensa/FEIRAS/RÁDIO/TV/OUTROS:

DADOS PESSOAIS

NOME:

APELIDO:

MORADA:

CIDADE:

TELEFONE FIXO:

TELEMÓVEL:

E-MAIL:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

NÍVEL DE ESTUDOS:

SITUAÇÃO LABORAL ATUAL:

EM QUE CIDADE GOSTARIA DE ESTABELECEr O FRANCHISING PRÉNATAL?

DISTRITO:

CIDADE:

PESSOA RESPONSÁVEL PELO NEGÓCIO:

O PRÓPRIO:

OUTRA PESSOA:

GRAU DE PARENTESCO COM O INTERESSADO:

POSSUI LOCAL PARA ESTABELECEr O FRANCHISING?

SIM

NÃO

SE POSSUI LOCAL, PREENCHA ESTES DADOS

PROPRIETÁRIO

ALUGUER

MORADA

CIDADE

M² ÁREA VENDAS

M² ARMAZÉM

METROS LINEARES FACHADA

SE FOR ALUGADA, PREENCHA ESTES DADOS

PREÇO DA RENDA EM EUROS POR MÊS

DATA DE FINALIZAÇÃO DO CONTRATO

POSSUI FUNDOS PRÓPRIOS PARA INVESTIR NESTE NEGÓCIO?

ESPECIFIQUE O MONTANTE

QUAL SERIA A SUA FONTE DE FINANCIAMENTO?

BANCO

FAMÍLIA

SÓCIO

OUTRO, indique qual

POSSUI EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE NEGÓCIOS?

SIM, especifique NÃO

ANOS DE EXPERIÊNCIA

ÚLTIMO EMPREGO

OUTROS DADOS DE INTERESSE

DEVOLVA ESTE QUESTIONÁRIO A:

franquicias@prenatal.com