

Les données que vous nous fournissez dans le présent questionnaire sont et resteront confidentielles. Le fait de remplir ce questionnaire ne constitue en aucune manière un engagement envers MedWOW, et n'implique pas non plus qu'une franchise vous sera accordée automatiquement par MedWOW. MedWOW vous invite à transmettre toutes les informations pertinentes et à inclure tout ce qui vous semble constituer un avantage ou une exclusivité de votre entreprise relativement à notre franchise. Si vous envisagez de prendre un associé en tant que franchisé secondaire, il/elle devra remplir un formulaire de candidature séparé.

Tous les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque rouge *

Données de la société

* Nom de la société: _____

* Type d'entreprise (sélectionner) :

- Courtier Revendeur Remise à neuf
- Fournisseur de services Distributeur Autre (spécifier) :

* Pays: _____

Région / état: _____

Ville: _____

* Adresse postale:

Indicatif pays - Indicatif région - N° de tél.

*Tél. professionnel: _____ - _____ - _____ (poste _____)

Fax professionnel : _____ - _____ - _____ (poste _____)

Site Web: _____

Profil de la société

*Description de la société:

*Merci de définir le champ de vos activités professionnelles:

*En quelle année votre société a été fondée: _____

*Combien de personnes votre société emploie: _____

*Combien de personnes votre société emploie à la vente: _____

*Votre entreprise effectue des téléventes: Oui Non

Profil de la société - suite

Segmentation de votre clientèle

Merci d'indiquer l'appartenance de votre clientèle aux différents segments du marché et le nombre de clients dans chaque segment

Segment de votre clientèle	Part du marché (1-100%)	Nombre de clients
Ministère de la Santé	_____ %	_____
Hôpitaux publics	_____ %	_____
Cliniques privées	_____ %	_____
Cliniques vétérinaires	_____ %	_____
Cabinets dentaires	_____ %	_____
Labos	_____ %	_____
Maisons de retraite / de soins	_____ %	_____
Cliniques gynécologiques	_____ %	_____
Cliniques chirurgicales	_____ %	_____
Centres d'imagerie	_____ %	_____
Autre: Merci de spécifier : _____	_____ %	_____

Profil de la société – suite**Actionnaires**

Merci de préciser qui sont les actionnaires de votre société et leurs parts relatives (si vous avez plus de cinq actionnaires, vous pouvez en donner la liste sur une feuille séparée et la joindre à votre candidature):

Nom de l'actionnaire	Pourcentage d'actions en sa possession (1-100%)
1. _____	_____ %
2. _____	_____ %
3. _____	_____ %
4. _____	_____ %
5. _____	_____ %

Documents afférents

Merci de joindre toute la documentation pertinente afférente à votre candidature, par exemple : approbation des autorités, permis de travail, autres permis, contrats avec partenaires, etc.

Remarque : ces renseignements sont et resteront confidentiels.

Finances

Merci de joindre au questionnaire une déclaration d'impôts montrant vos gains en 2007-2008 et vos revenus nets.

Remarque : ces renseignements sont et resteront confidentiels.

Questionnaire de franchisage

Merci d'indiquer les pays et les régions (par ordre de préférence) pour lesquels vous demandez la franchise :

*Pays: _____

Etat(s)/Région(s): _____

Etes-vous tenus à une clause restrictive qui pourrait constituer un conflit d'intérêts relativement à la franchise MedWOW (par exemple un accord avec un concurrent de MedWOW) ?

Non Oui *Si oui, merci de spécifier: _____

Y a-t-il des restrictions quelconques imposées par vos autorités locales qui pourraient vous disqualifier relativement au commerce ou à toute activité liée au matériel médical d'occasion ?

Non Oui *Si oui, merci de spécifier: _____

Représentez-vous d'autres sociétés dans votre pays ?

Non Oui *Si oui, merci de spécifier: _____

Si votre candidature est retenue, quand pouvez-vous commencer, au plus tôt?

Mois: _____ Jour: _____ Année: _____

Questionnaire de franchisage – suite

Références

Merci de fournir une liste de vos dix (10) principaux clients, y compris, pour chacun, le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource.

Nom de la société :	Téléphone Indicatif pays - Indicatif région - N° de tél. (+poste)	Nom de la personne
1. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
2. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
3. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
4. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
5. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
6. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
7. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
8. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
9. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____
10. _____	____ - ____ - _____ (+poste ____)	_____

Questionnaire de franchisage – suite

Sur le plan commercial, quelles sont à votre avis vos principales qualités ?

Sur le plan commercial, quelles sont à votre avis vos principales faiblesses ?

Pourquoi souhaitez-vous devenir franchisé MedWOW ?

Quelles sont vos attentes d'une franchise MedWOW ?

Questionnaire de franchisage – suite

Pour quelle raison pensez-vous que vous réussirez en tant que franchisé MedWOW ?

Si vous êtes accepté, quelles initiatives pensez-vous prendre pour promouvoir votre franchise ?

Avez-vous la capacité, l'expérience et le désir de mettre en place des franchises secondaires dans votre pays ?

Données personnelles

*Prénom: _____

*Nom de famille: _____

*Poste:
(sélectionner) Président V.P. Directeur général Directeur adjoint Directeur des achats Médecin Personnel Assistant admin. Autre (spécifier):

*E-mail: _____

Indicatif pays - Indicatif région - N° de tél.

*Numéro de tél.: _____ - _____ - _____ (poste _____)

Numéro de portable: _____ - _____ - _____

Numéro de fax: _____ - _____ - _____ (poste _____)

Signature

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent questionnaire de candidature sont exacts au moment de la soumission. J'autorise MedWOW, ses affiliés ou ses agents à effectuer toutes vérifications de crédit qui leur semblent nécessaires. Je comprends que des renseignements erronés ou une omission importante constituent une raison valable de résiliation immédiate de tout accord qui aurait pu être conclu entre MedWOW, moi-même et/ou la société que je représente.

Date_____
Signature

Merci de votre candidature à la franchise MedWOW.
Merci d'envoyer votre formulaire de candidature par courriel ou fax, à l'équipe de développement Marketing & Business de MedWOW :

Sammy Lawford

Directeur du développement Marketing & Business

E-mail: Sammy@MedWOW.com

Portable: +357-22-022527

Tél.: +357-22-022508 poste 6

Fax: +357-22-022509