

Candidato

Nome e Cognome

Via Città Provincia CAP

Data di nascita Luogo di nascita

Tel. abitazione Tel. ufficio Cell.

Orari di reperibilità E-mail

Coniugato/a Sì No Separato/a Sì No Professione coniuge

Numero figli Età figli

Titolo di studio

Ultima esperienza di lavoro Dal / al Società

Funzione Reddito lordo annuo

Quali sono le motivazioni che la spingono a considerare l'opportunità LogoinShop?

Quali aziende sta valutando o ha già valutato?

In quale città le interessa aprire un'agenzia LogoinShop?

Co-Candidato

Nome e Cognome

Data di nascita Luogo di nascita

Ultima esperienza di lavoro Dal / al Società

Funzione Reddito lordo annuo

Dove preferisce incontrare il nostro responsabile area franchising?

Roma Milano Bologna Firenze

Tipologia di affiliazione preferita Easy-entry Full-entry

Qual è la sua disponibilità finanziaria? 29.000€ 15.000/20.000€ 6.000/10.000€

In quanto tempo vorrebbe aprire un'agenzia LogoinShop? entro 3 mesi 4/6 mesi

Dispone già di un locale? Sì No Se Sì, che metratura?

Chi lavorerà nell'agenzia? Candidato Marito/Moglie ConCandidato Altri

Eventuali richieste

Spazio riservato all'affiliante

Autorizzo al trattamento dei dati ex L.196/03

Data

Firma