



Baltic association of medical and aesthetic equipment distributors

Dalībnieka pieteikuma anketa

Lūdzam uzņemt par biedru uzņēmumu _____.

Informācija par uzņēmumu:

Juridiskā adrese:	
Reģistrācijas numurs:	
Reģistrācijas datums uzņēmumu reģistrā:	
Darbinieku skaits uzņēmumā:	
Mājas lapas adrese:	
E-pasta adrese:	
Uzņēmuma darbības veids: ☐ medicīnas iekārtu pārstāvniecība ☐ medicīnas iekārtu izplatīšana	☐ skaistumkopšanas iekārtu pārstāvniecība ☐ skaistumkopšanas iekārtu izplatīšana ☐ Cits variants: _____
Uzņēmuma pārstāvniecība valstīs: ☐ Latvija ☐ Lietuva ☐ Igaunija	☐ Baltijas valstis ☐ Eiropa ☐ Cits variants: _____

Uzņēmuma bankas rekvizīti:

Banka:	
Konta numurs:	
Bankas kods:	

Kontaktinformācija:

Kontaktpersonas vārds, uzvārds:	
Korespondences adrese:	
E-pasta adrese:	
Tālruņa numurs:	

Paraksttiesīgā persona:

(paraksts)

(paraksta atšifrējums)