

张医生护眼中心加盟资格申请表

申请人姓名		性别		出生年月	
学历		籍贯		身份证号码	
微信号		联系电话			
联系地址				E-MAIL	
法人资历	公司名称		公司性质		
	经营方式		地 址		
	经营范围				
申请区域	省 市 县(区)				
当地同类竞争品牌					
首次获知加盟信息途径					
品牌认知	1、简单谈谈对张医生护眼中心品牌的认识和看法： 2、选择本品牌开展眼健康项目的理由：				
合作意向 1、管理方式：（ ）A、个人全力投入 B、合资经营 C、授权他人管理。 2、准备投入的资金：（ ）A、20万以上 B、15万以上 C、10万以上 D、5-10万 E 轻合伙人模式（无实体门店）					

3、合作人选：（）A、有 B.无

4、是否现有候选店面：（）A、无 B、有 地址是 _____ ,面积____M² （实体门店要求≥30m²，优先社区、学校周边）

5、是否考察过张医生加盟店：（）A、有（）B、无 考察加盟名称地址_____ 6、希望达成合作时间：_____年_____月_____日以前。

7、计划门店开业时间：_____年_____月_____日以前。

8、意向合作模式：☐实体门店加盟 ☐轻合伙人（无需实体店） ☐区域区县代理

本人 / 我方已完整阅读《张医生护眼中心授权合作方案》，充分知晓：本项目做眼部养护、视疲劳舒缓服务，**不得夸大疗效，不承诺治愈、降低真性近视度数**；愿意遵守国家法律法规及品牌全部经营管理、宣传合规要求；本表填写全部资料真实有效。

申请人（法人）签名： _____

申请时间： _____年____月____日

1、请完整填写本表，公司对申请人信息严格保密

2、提交渠道：

a、邮寄地址：河南省南阳市西峡龙乡路与紫金路东北角电商产业园二楼

b、加盟热线：400-088-6327 0377-69680088 18637776327 18237702978

c、微信号：ZCW18637776327 QQ:584111634 邮箱：cws1fw@126.com

3、公司收到申请表后 3 个工作日内完成资格初审，并通知申请人初审结果。

备注：本申请表仅为合作意向登记，具体权利义务以双方正式签订落地合作协议为准，协议最终解释权归河南传文视力科技有限公司。