苏州长涌智能医疗有限公司代理商加盟申请表​

一、申请公司基本信息​

1. **公司名称**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
2. **公司注册地址**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
3. **公司成立时间**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
4. **公司法人**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
5. **公司营业执照注册号**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
6. **公司经营范围**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
7. **公司注册资本**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
8. **公司联系电话**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
9. **公司传真**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
10. **公司邮箱**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
11. **公司网址**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

二、申请人个人信息​

1. **姓名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
2. **性别**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
3. **年龄**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
4. **身份证号码**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
5. **联系电话**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
6. **电子邮箱**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
7. **现居住地址**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

三、医疗器械经营资质​

1. **是否具备医疗器械经营资质**：​

* 是（请注明资质类型及编号）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
* 否（若正在申请，请注明申请进度）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

1. **已经营的医疗器械产品类别及品牌（如有）**：​

* 产品类别 1：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 品牌 1：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
* 产品类别 2：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 品牌 2：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

四、销售团队与市场开拓能力​

1. **销售团队规模**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
2. **团队成员专业背景及从业经验简述**：​

* 成员 1：专业背景\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 从业经验\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
* 成员 2：专业背景\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 从业经验\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

1. **过去三年内，在医疗产品领域的销售业绩（可列举主要产品及销售额）**：​

* 产品 1：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 销售额（近三年累计）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
* 产品 2：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 销售额（近三年累计）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

1. **简述您在当地医疗市场的开拓渠道与方法**：​

​​

五、对苏州长涌智能医疗有限公司的了解​

1. **您是通过何种渠道了解到苏州长涌智能医疗有限公司的**：​

* 网络宣传​
* 行业展会​
* 朋友介绍​
* 其他（请注明）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

1. **您对公司视网膜术后智能恢复产品系列的了解程度**：​

* 非常了解，已深入研究产品特点与优势​
* 有一定了解，知晓部分产品功能​
* 初步了解，仅知道公司有此类产品​

1. **您认为公司产品在当地市场的竞争优势体现在哪些方面**：​

​​

​​

六、加盟合作意向​

1. **您申请代理的产品系列**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
2. **您计划覆盖的市场区域**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
3. **预计首批进货金额**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​
4. **您期望从公司获得哪些支持与服务（可多选）**：​

* 产品培训​
* 市场推广支持​
* 售后服务指导​
* 销售奖励政策​
* 其他（请注明）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

1. **您对双方合作的预期目标与发展规划（请简要阐述，包括短期与长期目标）**：​

​​

七、其他补充信息​

如有任何其他需要说明的信息，例如您拥有的特殊资源或合作优势等，请在此处填写：​

​​

​​

​​

申请人声明：本人 / 本公司保证以上所填写信息真实、准确、完整，如有虚假，愿意承担相应法律责任。同时，本人 / 本公司已充分了解苏州长涌智能医疗有限公司的加盟政策与要求，愿意遵守相关规定，积极开展合作。​

申请人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

申请公司（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​

申请日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_