

Naam kandidaat _____ Eigenaar: _____ ja nee

Naam salon / instituut _____

Adres _____

Postcode en Plaats _____

Telefoon salon _____ Telefoon privé _____

Fax salon _____ E-mail salon _____

Antwoordapparaat _____ ja nee Voice-mail _____ ja nee

Website _____ Aantal medewerkers full-time: part-time: _____

Product / Merk _____ Leverancier _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Specialisatie(s) _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Bestaat sinds: _____

Werkt u nog volgens het bedrijfsplan _____ ja nee

Bent u toe aan doorgroei van het bedrijf _____ ja nee

certificaat Hygiëne code _____ ja* nee * nummer

Inschrijfnummer KvK _____ ja* nee * nr. KvK

BTW-nummer _____ ja* nee * BTW-nummer

Lid Anbos _____ ja* nee * lidnummer

andere organisaties _____ ja* nee * lidnummer

Werkt u samen met anderen, bv arts, kliniek, collega's, etc.? ja* nee

* met:

Volgt u regelmatig bijscholingscursussen of trainingen? ja* nee

vakgebied commercieel gebied

anders, nl:

Bent u een leerbedrijf? ja nee

Heeft u bedrijf stagiaires? ja nee

Heeft u eigen bedrijfsruimte? ja nee

Begane grond ja nee

Is er een lift aanwezig? ja nee

Is uw bedrijf toegankelijk voor minder validen? ja nee

Wat zijn de openingstijden maandag dinsdag woensdag

donderdag vrijdag zaterdag

Standaardbehandeling 60 minuten Prijs behandeling €

90 minuten Prijs behandeling €

Betaalmogelijkheid contant op rekening pin creditcard

Acceptatie creditcard AMEX Mastercard(euro) Maestro Visa

Gebruikt u een geautomatiseerd kassasysteem* of bent u geïnteresseerd?

* welk systeem ja nee

Bent u geïnteresseerd in een (collectief) verzekeringspakket ja nee

Datum:

Handtekening: