



ห้างหุ้นส่วนจำกัด พี. เอส. แอล. สตาร์เทรดดิ้ง

956/10 อาคารชุดพจน์พัฒนาคอนโด อาคาร เอ ชั้น 1 หมู่ 12 ถนนรามคำแหง แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510

Tel. 0-2917-4133, 0-2917-5995, 089-773-6745 Fax. 0-2917-5995

แบบฟอร์มการเป็นผู้แทนจำหน่าย (DEALER FORM)

วันที่.....

ชื่อ — นามสกุล ผู้ติดต่อ.....ตำแหน่ง.....

ชื่อสถานที่ประกอบการ (ภาษาไทย).....

Company Name (English).....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

แฟกซ์..... (Auto หรือไม่.....)

ที่อยู่ในการส่งของ (ถ้าไม่ตรงกับ ก.พ.20).....

โทรศัพท์ (สถานที่ส่งของ)..... แฟกซ์.....

เลขที่ทะเบียนพาณิชย์ / บริษัท..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

วันที่จดทะเบียน.....ทุนจดทะเบียน.....

ยอดขายเฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา.....บาท / เดือน

วันและเวลาทำงาน.....

รายชื่อบริษัทที่มีอยู่ในเครือ

1).....

ที่อยู่.....

2).....

ที่อยู่.....

3).....

ที่อยู่.....

ชื่อธนาคารที่มีบัญชีอยู่

เลขที่บัญชี

ประเภทบัญชี

สาขา

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)บรรจง

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนามในใบสั่งซื้อ

1. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
2. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
3. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

ผู้มีอำนาจลงนามรับสินค้า

1. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
2. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
3. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

ผู้มีอำนาจลงนามส่งจ่ายเช็ค

1. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
2. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
3. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

รายชื่อผู้ที่จะให้บันทึกใน Mailing List สำหรับการแจ้งราคาและ Promotion ต่าง ๆ

1. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....
E – Mail.....
2. ชื่อ / สกุล.....ตำแหน่ง.....
E – Mail.....

ลงชื่อ.....

(.....) บรรจง

ตำแหน่ง.....

ประเภทธุรกิจ (/)

(.....) ขายส่ง (.....) ขายปลีก (.....) ประมูลรายการ (.....) อื่น ๆ.....

รายชื่อบริษัทที่ท่านซื้อสินค้ามากที่สุด

1. บริษัท.....ประเภทสินค้า.....วงเงิน.....
2. บริษัท.....ประเภทสินค้า.....วงเงิน.....
3. บริษัท.....ประเภทสินค้า.....วงเงิน.....
4. บริษัท.....ประเภทสินค้า.....วงเงิน.....
5. บริษัท.....ประเภทสินค้า.....วงเงิน.....

รายการสินค้าที่คาดว่าจะสั่งซื้อกับบริษัท

- 1)..... 2).....
- 4)..... 4).....

ลงชื่อ.....

(.....) บรรจง

ตำแหน่ง.....

เงื่อนไขการชำระเงิน

วันที่.....

ชื่อบริษัท.....

สถานที่วางบิล(ที่อยู่).....

โทรศัพท์.....แฟกซ์.....

สถานที่ส่งสินค้า

(ที่อยู่เดียวกันกับที่วางบิลไม่ต้องกรอก).....

.....

การชำระเงิน (/) หรือระบุ

(.....) รับเช็คล่วงหน้าในวันที่ส่งของ โดยวันที่ในเช็คจะต้องตรงกับวันทำการของธนาคาร

(.....) รับเช็คได้ทุกวันเมื่อครบกำหนดการชำระเงินตามที่ระบุใน INVOICE บริษัท

(.....) รับเช็คได้ทุกวัน.....

(.....) วางบิลได้ทุกวัน.....ของสัปดาห์ที่.....

(.....) วางบิลได้ทุกวัน.....ของเดือน.....

(.....) รับเงินสด

(.....) โอนเงินทางธนาคาร.....

(.....) จัดส่งเช็คทางไปรษณีย์

(.....) ในกรณีที่วันที่เก็บเช็คตรงกับวันหยุดให้เลื่อนการเก็บเช็คเป็นวันทำการถัดไป

(.....) อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)บรรจง

ตำแหน่ง.....