

La información que usted proporcione en este formulario se conservará en la más estricta confidencialidad. Al rellenar este formulario no constituye en absoluto un compromiso con MedWOW, ni tampoco implica que una franquicia le será asignada automáticamente. MedWOW le invita a compartir cualquier tipo de información pertinente e incluir todo aquello que usted crea hará que su organización se destaque como franquiciada potencial. Si está planeando contar con un socio comercial a modo de sub-franquiciado, éste deberá completar un formulario de solicitud por separado.

Todos los campos obligatorios están señalizados con un asterisco\*

**Información de la compañía**

\* Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

\* Tipo de negocio:

(por favor seleccione)

Corredor

Distribuidor

Restaurador

Proveedor de servicio

Otro – Por favor especifique:

\_\_\_\_\_

\* País: \_\_\_\_\_

Región / Estado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

\* Dirección de correo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código del país - Código de area - Número de teléfono.

\* Teléfono comercial: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( Ext. \_\_\_\_\_ )

Fax comercial: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( Ext. \_\_\_\_\_ )

Sito Web: \_\_\_\_\_

**Perfil de la compañía**

\* Descripción de la compañía:

---

---

---

---

---

\* Por favor describa el ámbito de sus actividades comerciales:

---

---

---

---

---

\* ¿En qué año fue establecido su negocio? \_\_\_\_\_

\* ¿Cuántos empleados posee? \_\_\_\_\_

\* ¿Cuántos agentes de ventas posee? \_\_\_\_\_

\* ¿Realizan actividades de telemarketing?  Si  No

**Perfil de la compañía - Continuación**

**Segmentación de clientes**

Por favor, indique su segmentación de clientes según la cuota de mercado y el número de clientes que cada uno de los siguientes segmentos representan:

| Segmento de cliente                   | Cuota de Mercado<br>(1-100%) | Número de clientes |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Ministerio de Salud                   | _____ %                      | _____              |
| Hospitales Públicos                   | _____ %                      | _____              |
| Hospitales Privados                   | _____ %                      | _____              |
| Hospitales Veterinarios               | _____ %                      | _____              |
| Clínicas Dentales                     | _____ %                      | _____              |
| Laboratorios                          | _____ %                      | _____              |
| Hogares de asistencia/de<br>ancianos  | _____ %                      | _____              |
| Clínicas Ginecológicas                | _____ %                      | _____              |
| Clínicas de Cirugía                   | _____ %                      | _____              |
| Centros de Imagen                     | _____ %                      | _____              |
| Otro: Por favor especifique:<br>_____ | _____ %                      | _____              |

**Perfil de la compañía - Continuación**

**Accionistas**

Por favor, facilite un detalle de los accionistas de su empresa y de su porcentaje de participación (si tiene más de 5 accionistas, puede incluir los datos en una hoja aparte y adjuntarla a esta solicitud):

| Nombre del accionista | Porcentaje del paquete accionario (1-100%) |
|-----------------------|--|
| 1. _____              | _____ %                                    |
| 2. _____              | _____ %                                    |
| 3. _____              | _____ %                                    |
| 4. _____              | _____ %                                    |
| 5. _____              | _____ %                                    |

**Documentación comercial**

Por favor, adjunte documentación comercial esta solicitud, tal como: aprobaciones regulatorias, permisos de trabajo, aprobaciones de las autoridades, contratos de socios, etc.

Tenga presente: Esta información será confidencial.

**Finanzas**

Sírvase adjuntar a esta solicitud una declaración de sus beneficios durante el período 2007/2008 y de sus ingresos netos.

Tenga presente: Esta información será confidencial.

**Cuestionario de franquiciado**

Por favor indique en qué países y regiones geográficas (en orden de preferencia) que desea operar una franquicia:

\* País: \_\_\_\_\_

Estado (s) / Región (es): \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún acuerdo restrictivos que pueda representar un conflicto de interés para la operación de una franquicia de MedWOW (por ejemplo, acuerdos con competidores de MedWOW)?

Si     No \* Si si, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Existen restricciones establecidas por las autoridades locales que lo descalifican para negociar o comercializar equipamiento médico de segunda mano?

Si     No \* Si si, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Representa a alguna otra compañía en su país?

Si     No \* Si si, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuándo podría comenzar de ser aceptado?

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de franquiciado - Continuación**

**Referencias**

Por favor suministre los nombres de sus diez (10) mejores clientes, incluyendo una persona de contacto y un número de teléfono por cada uno.

| <b>Nombre de la compañía:</b> | <b>Teléfono</b><br>Código del país – Código de área<br>– Número de teléfono –(Ext.) | <b>Nom de la personne</b> |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| 1. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 2. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 3. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 4. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 5. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 6. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 7. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 8. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 9. _____                      | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |
| 10. _____                     | _____ - _____ - _____ (Ext.____)  | _____                     |

**Cuestionario de franquiciado - Continuación**

Desde una perspectiva comercial, ¿cuál diría usted que son sus mayores fortalezas?

---

---

---

Desde una perspectiva comercial, ¿cuál diría usted que son sus mayores debilidades?

---

---

---

¿Por qué está interesado en transformarse en franquiciado de MedWOW?

---

---

---

¿Cuáles son sus expectativas al obtener una franquicia de MedWOW?

---

---

---

**Cuestionario de franquiciado - Continuación**

¿Por qué cree que triunfará como franquiciado de MedWOW?

---

---

---

De serle concedida una franquicia de MedWOW, ¿Qué tipo de iniciativas emprenderá para promocionar su franquicia?

---

---

---

¿Posee la capacidad, experiencia y deseo de operar sub-franquiciado en su región?

---

---

---

**Información personal**

\* Nombre: \_\_\_\_\_

\* Apellido: \_\_\_\_\_

\* Puesto:

(por favor seleccione)

Presidente

Vice Presidente

Gerente General

Gerente de Sección

Gerente de Compras

Dr./ Médico

Personal

Asistente de Administración

Otro – Por favor especifique:

\_\_\_\_\_

\*Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Código del país - Código de area - Número de teléfono.

\* Número Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( Ext. \_\_\_\_\_ )

Número de Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Ext. \_\_\_\_\_ )

**Firma**

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es correcta en el momento de su presentación. Autorizo a MedWOW, sus filiales o agentes a llevar a cabo todas las comprobaciones de crédito necesario. Entiendo que toda falsa información o omisión consecencial alguna contenida en esta aplicación es causa para la cancelación inmediata de cualquier acuerdo posterior alcanzado entre MedWOW, mi persona, y / o la empresa que represento.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Gracias por su interés en convertirse en franquiciado de MedWOW.  
Por favor envíe su solicitud por correo electrónico o por fax al equipo de marketing y desarrollo comercial de MedWOW:

**Sammy Lawford**

Gerente de Marketing y Desarrollo Comercial

Correo electrónico: [Sammy@MedWOW.com](mailto:Sammy@MedWOW.com)

Celular: +357-22-022527

Tel.: +357-22-022508 Ext. 6

Fax: +357-22-022509