



پرسشنامه توزیع کالای دخانی

شماره صفحه: ۱ از ۲

۱- مشخصات شخص حقیقی درخواست کننده مجوز توزیع:

نام خانوادگی: نام پدر: نام ملی: نام پدر:

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل صدور:

آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان:

کد پستی: تلفن تماس:

نوع فعالیت مندرج در جواز کسب عمده فروشی:

سوپر مارکت بنکدار مواد غذایی سقط فروش خواربارفروش

۲- مشخصات شخص حقوقی درخواست کننده مجوز توزیع:

نام شرکت: شماره ثبت: تاریخ تاسیس: کد اقتصادی:

آدرس مکاتباتی دفتر شرکت: تلفن:

شناسه ملی:

مشخصات مدیر عامل و اعضای دارای حق امضا هیئت مدیره:

نام خانوادگی: نام پدر: نام ملی: نام پدر:

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل صدور: سمت:

آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان:

کد پستی: تلفن تماس:

نام خانوادگی: نام پدر: نام ملی: نام پدر:

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل صدور: سمت:

آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان:

کد پستی: تلفن تماس:

نام خانوادگی: نام پدر: نام ملی: نام پدر:

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل صدور: سمت:

آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان:

کد پستی: تلفن تماس:



پرسشنامه توزیع کالای دخانی

شماره صفحه: ۲ از ۲

۳- نوع مجوز اخذ شده :

۴- نمونه امضای دارندگان حق امضا و مهر شرکت طبق اساسنامه شرکت :

۵- مشخصات مغازه :

آدرس: _____
مساحت: _____
وضعیت مالکیت: استیجاری ملکی
تلفن: _____

۶- مشخصات انبار :

آدرس: _____
مساحت: _____
وضعیت مالکیت: استیجاری ملکی
تلفن: _____

۷- تعداد کارکنان :

۸- سوابق کار در زمینه کالای دخانی :

۹- آیا سابقه محکومیت کیفری به دلیل قاچاق کالا داشته اید ؟

۱۰- سایر توضیحات :

نام و نام خانوادگی :

تاریخ تکمیل و مهر و امضای متقاضی :