



1. FICHA DE PRECALIFICACION "LI FENG -MEDICINA TRADICIONAL CHINA-"

- Esta ficha no implica ningún compromiso para ambas partes, siendo las informaciones estrictamente confidenciales.
- En caso de haber socio/s, cada uno deberá llenar una ficha.

I. INFORMACIONES PERSONALES

Apellido/s (incluido el materno): _____

Nombre: _____ Tipo y Nro. de Doc: _____

CUIL/T: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Nacionalidad: _____

Primario () Secundario () Terciario () Universitario () Otros: _____

Nº de dependientes: _____ Edades: _____

Nombre del/de la cónyuge: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Código Postal: _____ Teléfono Particular: _____

Teléfono Comercial: _____ Teléfono Celular: _____



Fax: _____

E-mail: _____

¿Hace cuánto tiempo que vive en la dirección mencionada? _____

II. INFORMACIONES PROFESIONALES

Actividad actual: _____

Negocio propio () Empleado () Otros ()

Cargo:

Tiempo destinado al trabajo (por día) _____

Nombre de la empresa: _____

Rubro:

Teléfono: _____ Fax: _____ Código postal: _____

Dirección:

Localidad: _____

—

Provincia _____

—

Otras importantes experiencias profesionales: _____



III. INFORMACIONES FINANCIERAS

Disponibilidad para inversión en el nuevo negocio:

Desde \$ 40 mil hasta \$ 60 mil ()

Desde \$60 mil hasta \$ 100 mil ()

Más de \$ 100 mil ()

Detalle de los Activos Disponibles:

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Inmueble:

_____ \$ _____

Ubicación _____

Inmueble:

_____ \$ _____

Ubicación _____

Detalle de los Pasivos

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Referencias bancarias: _____

Referencias comerciales: _____



IV. INFORMACION COMPLEMENTARIA

Área de interés para la ubicación de la franquicia:

¿Desea dedicarse a la franquicia tiempo integral (full time)?

Sí () No ()

¿Tiene disponibilidad para la “puesta en marcha” inmediata?

Sí () No ()

En caso de respuesta negativa, por favor, explique por qué.

¿Le gustaría tener socios?

Sí () No ()

En caso de respuesta afirmativa. ¿Cómo sería la composición accionaria?

¿Qué motivó su interés por “LI FENG -MEDICINA TRADICIONAL CHINA”?

¿Cómo entró en conocimiento de “LI FENG -MEDICINA TRADICIONAL CHINA-”?

OBSERVACIONES (Si desea agregar alguna información)



Medicina Tradicional China

Li Feng
Recuperación Capilar

CARPETA COMERCIAL

Dejo constancia que los datos arriba indicados son ciertos. Y asumo la responsabilidad correspondiente.

Fecha: _____

Lugar: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

