



ANKIETA REKRUTACYJNA DLA KANDYDATÓW NA FRANCYZOBIORCÓW

Informacje osobowe

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Adres zamieszkania	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>		
Wykształcenie	<input type="text"/>		

Doświadczenie Zawodowe

1. Z jakimi dziedzinami wiąże się Pana/Pani doświadczenie zawodowe?

2. Czy prowadził Pan/Pani własną firmę? Jeżeli tak to proszę podać w jakiej branży i jak długo.

3. Czy obecnie prowadzi Pan/Pani własną firmę?

Jeśli tak, proszę podać w jakiej formie prawnej (jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka cywilna, spółka prawa handlowego np. spółka jawna, spółka z o. o.).



4. W jakiej branży specjalizuje się prowadzona przez Pana/Panią firma?

5. Czy ma Pan/Pani doświadczenie w zarządzaniu ludźmi?

6. Czy ma Pan/Pani doświadczenie związane z kosmetyką i kosmetyką paznokciową?

7. Czy ma Pan/Pani doświadczenie w obsłudze klienta?

Informacje Finansowe

1. Czy posiada Pan/Pani potrzebne środki finansowe pozwalające na inwestycję we franczyzę?

2. Proszę wymienić źródła z jakich pochodzą Pana/Pani środki finansowe
(środki własne, kredyt, pożyczka, dofinansowanie ze środków publicznych, inne jakie?)
W jakich proporcjach rozkładają się w/w środki finansowe?

3. Ile czasu potrzebuje Pan/Pani na zgromadzenie kapitału potrzebnego do uruchomienia
Drogerii Silcare?



4. Jak szybko spodziewa się Pan/Pani zwrotu zainwestowanego kapitału?

5. Jakiej wielkości zarobków oczekuje Pan/Pani z prowadzonej przez siebie działalności?

Informacje biznesowe

1. W jakim mieście/dzielnicy chciałby Pan/Pani otworzyć Drogerię Silcare?

2. Czy posiada Pan/Pani lokal/powierzchnię handlową odpowiednią na punkt Drogerii Silcare?
Jeśli tak, proszę podać jego lokalizację, rozmiar i stan techniczny, czy jest to lokal własny czy wynajmowany.

3. Czy planuje Pan/Pani prowadzić Drogerię Silcare samodzielnie czy z inną osobą, np. wspólnikiem, przyjacielem, członkiem rodziny?

4. Czy prowadzenie Drogerii Silcare będzie Pana/Pani jedynym zajęciem?

5. Dlaczego chciałby Pan/Pani prowadzić Drogerię Silcare?



6. Jakie osiągnięcie uważa Pan/Pani za swój życiowy sukces?

Franczyza

1. W jaki sposób dowiedział się Pan/Pani o ofercie franczyzy Silcare?

2. Czy wie Pan/Pani z czym wiąże się współpraca oparta na franczyzie?

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
------------------------------	------------------------------

3. Proszę podać trzy główne powody dla których zdecydował/a się Pan/Pani na rozpoczęcie współpracy z Silcare opartej na franczyzie.

4. Czy prowadzi Pan/Pani rozmowy z innymi sieciami franczyzowym/agencyjnymi? Z jakiej branży?

Miejscowość i data

Podpis

Wypełnioną ankietę należy przesłać na adres: **franczyza@silcare.com**