



วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....แฟกซ์.....

สนใจที่จะร่วมทำธุรกิจในด้านเสริมความงาม กับทางสถาบัน

กรุณากรอรายละเอียดในการพิจารณา โปรด (✓)

* ลักษณะธุรกิจร่วม แฟรนไชส์ ตัวแทนผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ยังไม่แน่ใจ
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

* บริการที่ตั้งใจจะมีให้บริการ นวดหน้า นวดตัว ลดไขมัน ออก
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

* สถานที่ ที่จะเปิดร้าน ที่อยู่.....

* ลักษณะของร้าน ดึกแถว ระบุ.....คูหา
 ทาวน์เฮ้าส์ เนื้อที่.....ตารางวา
 บ้านเดี่ยว เนื้อที่.....ตารางวา
 ออฟฟิศ เนื้อที่.....ตารางวา
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

* พนักงานที่คาดว่าจะจ้าง.....คน

* ข้าพเจ้ามีประสบการณ์ด้านเสริมความงามหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดอธิบาย.....

* เงินลงทุนโดยประมาณที่ตั้งใจ.....บาท

* ข้อมูลอื่น ๆ

(ขอขอบคุณมาก สำหรับข้อมูล ทางสถาบัน จะทำการพิจารณา และติดต่อกลับไปยังท่าน)



เงื่อนไขในการเป็นแฟรนไชส์

1. ห้ามทำธุรกิจแอบแฝง
2. ห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์และให้บริการโดยผลิตภัณฑ์อื่น
3. ห้ามทำธุรกิจอื่นอยู่ในร้านเดียวกัน
4. ป้ายโฆษณาหรือสัญลักษณ์เป็นสิทธิ์โดยชอบธรรมตามกฎหมายของ
บริษัทศูนย์สุขภาพและความงาม สยามซูนิเวอร์ส จำกัด และบริษัทฯ มีสิทธิ์ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลง
สัญลักษณ์ที่อาจมีขึ้นในภายภาคหน้าโดยไม่ต้องรับความยินยอมหรือมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า