

KRITERIER FÖR ATT BLI ÅTERFÖRSÄLJARE:

Vi väljer noga ut våra samarbetspartners och har en långsiktig syn på samarbetet där målsättningen är att växa tillsammans med våra kunder. I det här formuläret fyller du i information om er verksamhet. Beskriv gärna era verksamhetsmål i fritextfältet lite längre ner.

Ansökningar granskas vanligtvis inom en vecka, men kan ta längre tid beroende på ansökan.

FÖR ATT VARA AKTUELL SOM ÅTERFÖRSÄLJARE:


- Ni som samarbetspartner driver/avser att driva er försäljning professionellt inom områdena Lantbruk, Gårdsutrustning, Häst & Ryttare, Stängsel eller Hästvård & Tillskott
- Ni har en fysisk butik och/eller webbshop
 - Butiken är inhytt i en separat lokal som är avsedd för butiksverksamhet, där det finns fasta öppettider och ändamålsenlig butiksinredning, kassasystem osv.
 - Det finns en fungerande logistik, betalfunktion osv. vid försäljning via en webbshop.

Efter godkänd ansökan görs en kreditupplysning. Utifrån detta beslutas om betalning sker i förskott eller via faktura.

Vi kommer löpande att följa upp vår gemensamma affär och förbehåller oss rätten att avsluta samarbetet om vi anser att våra varumärken eller dess försäljning inte ges rätt förutsättningar.

Willab AB

 Hålarpsvägen 15, 269 62 Grevie

 0431-445 900

 www.willab.se

OM ER VERKSAMHET

STATUS PÅ VERKSAMHETEN:

Nystartad verksamhet Har en befintlig butik idag & vill utöka sortimentet

Beräknad öppningsdag nya butiken/första leveransen önskas: _____

VERKSAMHETEN INRIKTAR SIG PÅ FÖLJANDE SORTIMENT:

Utrustning till häst Hästfoder Elstängsel Biodling
 Utrustning till ryttare Hund/Katt Hönsprodukter Lantbruksprodukter
 Utrustning till stall Annat: _____

BUTIKENS PLACERING

Handelsområde Gårdsförsäljning E-handel

BUTIKSYTA/FÖRSÄLJNINGSYTA _____

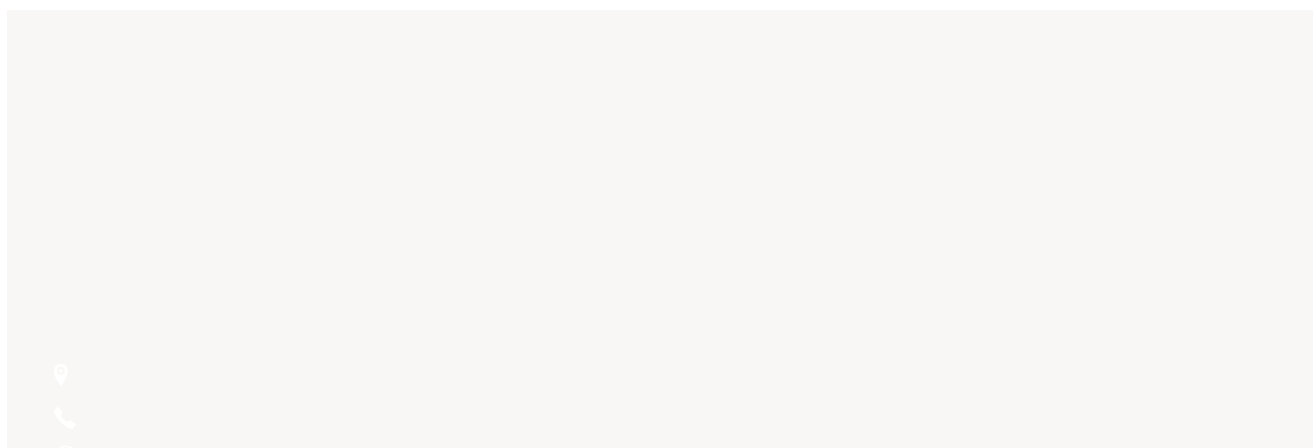
LAGERYTA (M2) _____

BUTIKENS ÖPPETTIDER _____

BETALLÖSNING

Kassasystem Faktura

VERKSAMHETSMÅL, AFFÄRSPLAN, MARKNADSFÖRING



KONTAKTUPPGIFTER

NAMN KONTAKTPERSON _____

ROLL

 Inköpare Ägare Butikschef

TELEFON _____

ORG.NR _____

FÖRETAGETS JURIDISKA NAMN _____

ORGANISATIONSNUMMER _____

BUTIKENS NAMN _____

BESÖKSADRESS _____

POSTNUMMER _____

ORT _____

HEMSIDA _____

E-POST (FÖR UTSKICK, PRISLISTOR ETC.) _____

E-POST, ORDERBEKRÄFTELSE _____

E-POST, FÖLJESEDEL _____

E-POST, LEVERANSAVISERING _____

FAKTURAADDRESS (OM ANNAN ÄN OVAN)

FÖRETAGSNAMN _____

GATA/BOX _____

POSTNUMMER _____

ORT _____

E-POST FAKTURA _____

LEVERANSADDRESS (OM ANNAN ÄN OVAN)

FÖRETAGSNAMN/BUTIKSNAMN _____

GATA _____

POSTNUMMER _____

ORT _____