



Afin de compléter votre dossier de candidature à la franchise, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
CP :	Ville :
Tél. :	
E-mail :	

1) L'implantation

- Dans quelle région souhaitez-vous vous implanter ?.....
- Dans le cas où cette région n'est plus disponible, êtes-vous mobile ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, dans quelle région ?

2) Votre projet d'implantation

- Dans le prochain semestre
- Autre

3) Disposez-vous d'un local ?

- Oui
- Non
- Si oui
 - Z.I. ou Z.A.
 - centre ville
- Quelle superficie

PHARMA REVA DEVELOPPEMENT-FRANCE – FRANCHISEUR
Z.A. de la Chardonnière – 1, rue Georges Clémenceau – BP 7 – 85600 TREIZE-SEPTIERS
Tél. : 02 51 41 71 71 – Fax : 02 51 41 55 59 – E-mail : dvpt-reseau@pharmareva.com



4) Vos disponibilités financières :

- 80 000 €
- 80 000 €
- 100 000 €
- 150 000 €
- +150 000 €

5) Souhaitez-vous réaliser ce projet :

- Seul
- Avec un associé
- Avec un partenaire financier

6) Souhaitez-vous reprendre une franchise existante :

- Oui
- Non

• Si oui

- Seul
- Avec un associé

Fait à

Le

Signature