附件1

保健酒业销售公司餐饮渠道产品运营商

报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 企业性质 |  |
| 企业简介 |  |
| 企业注册地址 |  |
| 股东结构 |  | 企业法人 |  |
| 电子邮件 |  | 电话 |  |
| 联系人及电话号码 |  |
| 办公面积： m² | 仓库数量： 个/m² | 运营资金： 万元 |
| 餐饮团队规模：专职人员\_\_\_\_人，覆盖区域\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (提供相应佐证材料) |
| 合作餐饮终端数量：\_\_\_\_家（附名单） |
| 注册资金 |  | 前三年营业额 | 年 | 万元 |
| 酒类产品经营年限 |  | 年 | 万元 |
| 资产负债率 |  | 年 | 万元 |
| 承诺完成年度任务额(元) |  |
| 运营商代表签章 |  |