



## CUESTIONARIO DE CANDIDATO A FRANQUICIA DIETFLASH

### **Fecha:**

### **Datos Personales:**

Nombre y Apellidos:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....

Código Postal:.....Población:.....

Provincia:.....País:.....

Teléfono: .....Teléfono Móvil: .....Fax:.....

### **Experiencia Profesional:**

Ocupación Actual: .....

Formación Académica:.....  
.

¿Tiene experiencia en la gestión de algún negocio?..... ¿Cuál?.....

Volumen de facturación:.....Pagina Web:.....

### **Cuestionario:**

¿Cómo nos ha conocido?

¿Por que ha elegido DIETFLASH MEDICAL?

¿En que localidad desea desarrollar la actividad?

¿Dispone de local para desarrollar la actividad?

En caso afirmativo indicar dirección:.....

.....m2 del local

Dénos su opinión sobre el proyecto DIETFLASH MEDICAL:

Conoce la dieta proteinadas:

Marcas que hay en el mercado:

¿Es doctor?..... ¿Prescribe?..... ¿Con que marca trabaja? .....

Volumen de pacientes: ..... Facturación mensual:.....

Observaciones Generales: