



## Fachhandels-Fragebogen für Accutron Lachgas-Systeme

Zum weiteren Ausbau unseres Netzes an **Fachhandels-Partnern** wollen wir gerne kompetente und leistungsfähige Partner gewinnen. Wenn Sie am Vertrieb von Accutron Produkten interessiert sind, so füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus und senden uns Ihre Kontaktdaten und die weiter abgefragten Firmeninformationen, so dass wir Ihre Anfrage bearbeiten können.

Accutron Produkte zeichnen sich insbesondere durch die sehr hohe Qualität, ausgezeichnete Bedienerfreundlichkeit, hohe Sicherheit und herausragende Ästhetik aus und haben insoweit eine einzigartige Attraktivität.

### Angaben zum Unternehmen

Firmen-Name \_\_\_\_\_

Herr  Frau \_\_\_\_\_

Pos. im Unternehmen \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Land / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Internet \_\_\_\_\_

Tätigkeit d. Untern. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter \_\_\_\_\_ Vertriebs-AD \_\_\_\_\_

Sitz der Gesellschaft \_\_\_\_\_

USt-ID \_\_\_\_\_

Handelsregister \_\_\_\_\_

Unternehmens-Form  KG  PG  Andere: \_\_\_\_\_

Geschäftsführer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gesellschafter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bankname \_\_\_\_\_

Land / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Als Generalimporteure von Accutron Produkten sind wir ermächtigt und berechtigt, den Vertrieb von Accutron Geräten und Produkten im Rahmen zuvor festgelegter Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards an den Fachhandel zu übertragen.

Bitte machen Sie die Angaben möglichst genau, da dies für die Einschätzung und Berücksichtigung für eine mögliche Zusammenarbeit von wesentlicher Bedeutung ist. Hier von Ihnen gemachte Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und bei uns unter Verschluss gehalten.

Vielen Dank, Ihre **BIEWER medical Medizinprodukte**

### Händler-Referenzen

Firmenname 1 \_\_\_\_\_

Herr  Frau \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Land / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax \_\_\_\_\_

eMail / Internet \_\_\_\_\_

Firmenname 2 \_\_\_\_\_

Herr  Frau \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Land / PLZ / ORT \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax \_\_\_\_\_

eMail / Internet \_\_\_\_\_

### Anmerkungen zu den Händlerbestimmungen

1. Eine Zusammenarbeit erfolgt nur nach beiderseitiger Zustimmung eines Händlervertrages zwischen dem Verkäufer **BIEWER medical Medizinprodukte** und dem Käufer.
2. Alle Richtlinien und Vorgaben, die in dem Händlervertrag festgesetzt sind, sind strikt einzuhalten.
3. Insbesondere wird jeder Händlervertrag ein Verbot von grenzüberschreitenden Verkäufen seitens des Händlers beinhalten (**no cross-border-selling**).
4. Die Vereinbarung über Rabatte und Nachlässe in Abhängigkeit der Absatzmenge sind in dem Händlervertrag eindeutig und für beide Seiten bindend festgelegt.
5. Die vorgegeben Qualitätsstandards sind stets einzuhalten.

Mit der folgenden Unterschrift erklären Sie sich mit den grundsätzlichen Richtlinien unserer Händlerbestimmungen einverstanden. Des Weiteren erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie für die Vertretung des angegebenen Unternehmens autorisiert sind.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
 Bewerber \_\_\_\_\_