

TELEFAX

Υπόψη :
No Fax :
Από :
Ημερομηνία :
Σελίδες : **1**
(συμπεριλαμβανόμενης της πρώτης)

Θέμα : Υπογραφή Σύμβασης Συνεργασίας (Για Μεσίτες Ασφαλίσεων)

Σας γνωρίζουμε ότι, προκειμένου να υπογραφεί μεταξύ μας Σύμβαση Συνεργασίας, απαιτούνται τα εξής στοιχεία, τα οποία και παρακαλούμε να μας στείλετε το ταχύτερο δυνατόν.

- Πλήρης Επωνυμία, Εδρα, Διεύθυνση, ΑΦΜ / ΔΟΥ και Τηλέφωνα της Εταιρίας
- Φωτοτυπία Καταστατικού και ΦΕΚ Ιδρυσης της Εταιρίας
- Πλήρη Στοιχεία, Διεύθυνση, ΑΦΜ / ΔΟΥ και Τηλέφωνα του Διαχειριστή της Εταιρίας
- Φωτοτυπία Εγγραφής της Εταιρίας στο Μητρώο Μεσιτών Ασφαλίσεων
- Φωτοτυπία Επαγγελματικής Αδείας της Εταιρίας και του Διαχειριστή της

Με εκτίμηση

Αλέξης Ι. Γαβριήλογλου
Βοηθός Γενικός Διευθυντής