

**MODULO DI RICHIESTA INFORMAZIONI
PROGETTO FRANCHISING**



NOME	
COGNOME	
VIA/PIAZZA	
COMUNE	
PROVINCIA	
CAP	
E-MAIL	
CELLULARE	
TELEFONO	
FAX	
ETÀ	
PROFESSIONE	
ATTUALE ATTIVITÀ	
REGIONE IN CUI HAI INTENZIONE DI APRIRE	
VIA/PIAZZA	
COMUNE	
PROVINCIA	
CAP	
NUMERO DI ABITANTI	
SUPERFICIE DI VENDITA (METRI QUADRI)	
UBICAZIONE	
COMMENTI	
DATA	FIRMA