

Ansökningsformulär för nätverkspartnerskap till Swedish Medtech

Företag _____

Postadress _____

Postnummer, postort _____

Besöksadress _____

Telefon _____

E-post för faktura _____

Organisationsnummer _____

Hemsida _____

VD _____

Uppgifter om företaget/organisationen _____

Kontaktperson _____

E-post kontaktperson _____

Aktiekapital _____

Företag bildades år _____

Total omsättning, exkl moms (tkr) i Sverige i år _____

Därav del som kan härledas till den medicintekniska branschen _____

I rörelsen ingår följande varor och tjänster inom Swedish Medtechs intresseområde

I rörelsen ingår följande varor och tjänster utanför Swedish Medtechs område

Företaget är dotterbolag till/ingår i företagsgrupp

Antal anställda i Sverige

Antal anställda i Sverige som arbetar mot den medicintekniska branschen

Vilka är företagets kunder inom branschens intresseområde

Till ansökan bör även referenser bifogas, se bilaga.

Ort och datum

Signatur

Namnförtydligande

Referens

Företagsnamn _____

Postadress _____

Postnummer, postort _____

Besöksadress _____

Telefon _____

E-post _____

Hemsida _____

Kontaktperson _____

Beskrivning av uppdrag/relation

