



บริษัท สตีล เมทัล จำกัด สำนักงานใหญ่ Tax Id 0105549144297

59/294 ซอยอ้อกฟอร์ด 2 ม.16 ถ.ศรีนครินทร์ ต.บางแก้ว อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

อีเมล : sale@steelmetal.co.th http://www.steelmetal.co.th Tel 02-758-8994 Fax 02 102 0819

MB : 061-991-8838 / 061-991-8839 /061-991-8840

1

แบบฟอร์มการเป็นผู้จัดจำหน่าย (DEALER FORM)

วันที่.....

ชื่อ -นามสกุล กรรมการผู้จัดการ

Director Name.....

ชื่อ -นามสกุล ผู้ติดต่อ

ตำแหน่ง.....

ชื่อสถานประกอบการ (ภาษาไทย).....

Company Name (English)

ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทร. 1..... 2..... มือถือ.....

แฟกซ์..... [AUTO หรือไม่] E-mail Address.....

ที่อยู่ในการส่งของ หรือติดต่อ (ในกรณีที่ไม่ตรงกับ ก.พ. 20) ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร / แฟกซ์ (สถานที่ส่ง

ของ).....

เลขทะเบียนพาณิชย์/บริษัท..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

วันที่จดทะเบียน.....ทุนจดทะเบียน.....

ยอดขายเฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา.....บาท/เดือน

วันและเวลาทำงาน.....

รายชื่อบริษัทที่มีอยู่ในเครือ

1)

2)

ชื่อธนาคาร ที่มีบัญชีอยู่ เลขที่บัญชี..... ประเภทบัญชีสาขา.....

กรุณาประทับตราบริษัท ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



บริษัท สตีล เมทัล จำกัด สำนักงานใหญ่ Tax Id 0105549144297

59/294 ซอยออกพอร์ด 2 ม.16 ถ.ศรีนครินทร์ ต.บางแก้ว อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

อีเมล : sale@steelmetal.co.th http://www.steelmetal.co.th Tel 02-758-8994 Fax 02 102 0819

MB : 061-991-8838 / 061-991-8839 /061-991-8840

2

ประเภทธุรกิจ (.....) ขายส่ง (.....) ขายปลีก (.....) ประมูลราชการ (.....) อื่น ๆ

รายชื่อบริษัทที่ท่านซื้อสินค้ามากที่สุด 3 บริษัท

1. บริษัท ประเภท วงเงิน
2. บริษัท ประเภท วงเงิน
3. บริษัท ประเภท วงเงิน
4. บริษัท ประเภท วงเงิน
5. บริษัท ประเภท วงเงิน

รายการสินค้าคาดว่าจะสั่งซื้อกับ บริษัท สตีล เมทัล จำกัด มากที่สุด 4 อันดับแรก

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

ผู้มีอำนาจลงนามในใบสั่งซื้อ

- 1.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
- 2.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
- 3.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

ผู้มีอำนาจลงนามรับสินค้า ชื่อ

- 1.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
- 2.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....
- 3.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

กรุณาประทับตราบริษัท ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



บริษัท สตีล เมทัล จำกัด สำนักงานใหญ่ Tax Id 0105549144297

59/294 ซอยออกพอร์ด 2 ม.16 ถ.ศรีนครินทร์ ต.บางแก้ว อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

อีเมล : sale@steelmetal.co.th http://www.steelmetal.co.th Tel 02-758-8994 Fax 02 102 0819

MB : 061-991-8838 / 061-991-8839 /061-991-8840

3

วันที่.....

ผู้มีอำนาจลงนามส่งจ่ายชื่อ

1.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

2.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

3.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....ลายเซ็น.....

รายชื่อผู้ที่จะให้บันทึกใน MAILING LIST สำหรับการแจ้งราคาและ PROMOTION ต่าง ๆ

1.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....

E-Mail Address.....

2.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....

E-Mail Address.....

3.ชื่อ/สกุล.....ตำแหน่ง.....

E-Mail Address.....

กรุณาประทับตราบริษัท ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

บริษัท สตีล เมทัล จำกัด www.steelmetal.co.th



บริษัท สตีล เมทัล จำกัด สำนักงานใหญ่ Tax Id 0105549144297

59/294 ซอยอ้อกฟอร์ด 2 ม.16 ถ.ศรีนครินทร์ ต.บางแก้ว อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

อีเมล : sale@steelmetal.co.th <http://www.steelmetal.co.th> Tel 02-758-8994 Fax 02 102 0819

MB : 061-991-8838 / 061-991-8839 /061-991-8840

4

เงื่อนไขการชำระเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าสินค้าที่ทาง บริษัท สตีล เมทัล จำกัด ได้กำหนดขึ้นดังนี้

ชื่อบริษัท.....

สถานที่วางบิล (ที่อยู่).....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สถานที่ส่งสินค้า (ที่อยู่เดียวกับที่วางบิลไม่ต้อง

กรอก).....

กำหนดชำระเงิน

(.....) รับเช็คล่วงหน้าในวันส่งของ โดยวันที่ในเช็คจะต้องตรงกับวันทำงานธนาคาร

(.....) เก็บเช็คได้ทุกวันเมื่อครบกำหนดการชำระเงินตามที่ระบุใน INVOICE บริษัท

(.....) วางบิลได้ทุกวันที..... ของเดือน

(.....) วางบิลได้ทุกวันที..... ของสัปดาห์ที่.....

(.....) รับเช็คได้ทุกวันที.....

(.....) เงินสด

(.....) อื่น ๆ

หมายเหตุ: ในกรณีที่ วันที่รับเช็คตรงกับวันหยุด ให้เลื่อนการเก็บเช็ค เป็นก่อนวันหยุด นั้น

กรุณาประทับตราบริษัท ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง