

**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 ภ.พ. 20)

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

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

โทร / แฟกซ์ (สถานที่ส่งของ).....

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

วันที่จดทะเบียน ..... ทุนจดทะเบียน .....

ยอดขายเฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ..... บาท/เดือน

วันและเวลาทำงาน .....

รายชื่อบริษัทที่มีอยู่ในเครือ

1) .....

2) .....

ชื่อธนาคาร ที่มีบัญชีอยู่      เลขที่บัญชี      ประเภทบัญชี      สาขา

.....

.....

.....

กรุณาประทับตราบริษัท

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....



บริษัท ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
SYNNEX (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED

บริษัท ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

433 ถนนสุคนธ์สวัสดิ์ แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

Tel. 02-553-8888 Fax : 02-553-8891-3

หน้า 2/4

ประเภทธุรกิจ

(.....) ขายส่ง (.....) ขายปลีก (.....) ปรึกษาราชการ (.....) อื่น ๆ .....

ลักษณะธุรกิจ

(.....) ขายส่งเป็นตัวแทนจำหน่าย PC โดยตรง

(.....) ประกอบ COMPUTER จำหน่าย LOCAL ASSAMBLY

(.....) วางระบบคอมพิวเตอร์ หรือ ระบบ NETWORK

(.....) ปรึกษาราชการ

(.....) พัฒนา SOFTWARE

(.....) 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 ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) มากที่สุด 4 อันดับแรก

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

กรุณาประทับตราบริษัท

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....



บริษัท ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
SYNNEX (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED

บริษัท ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

433 ถนนสุขุมวิท รัชดา แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

Tel. 02-553-8888 Fax : 02-553-8891-3

หน้า 3/4

วันที่.....

ผู้มีอำนาจลงนามในใบสั่งซื้อ

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

ผู้มีอำนาจลงนามรับสินค้า

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

ผู้มีอำนาจลงนามส่งจ่ายเช็ค

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 ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
SYNNEX (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED

บริษัท ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

433 ถนนสุคนธ์สวัสดิ์ แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

Tel. 02-553-8888 Fax : 02-553-8891-3

หน้า 4/4

## เงื่อนไขการชำระเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าสินค้าที่ทาง บริษัท ซินเน็ค (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ได้กำหนดขึ้นดังนี้  
ชื่อบริษัท.....

สถานที่วางบิล (ที่อยู่).....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สถานที่ส่งสินค้า

(ที่อยู่เดียวกับที่วางบิลไม่ต้องกรอก).....

กำหนดชำระเงิน

(.....) รับเช็คล่วงหน้าในวันส่งของ โดยวันที่ในเช็คจะต้องตรงกับวันทำงานธนาคาร

(.....) เก็บเช็คได้ทุกวันเมื่อครบกำหนดการชำระเงินตามที่ระบุใน INVOICE บริษัท

(.....) วางบิลได้ทุกวัน..... ของเดือน

(.....) วางบิลได้ทุกวัน..... ของสัปดาห์ที่.....

(.....) รับเช็คได้ทุกวัน.....

(.....) เงินสด

(.....) อื่น ๆ .....

หมายเหตุ : ในกรณีที่ วันที่รับเช็คตรงกับวันหยุด ให้เลื่อนการเก็บเช็ค เป็นก่อนวันหยุด นั้น

กรุณาประทับตราบริษัท

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....