

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus

เอกสารตอบรับเข้าร่วมโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus



เมืองไทย
บางกอกเนชั่น

ร้านค้าใหม่

ร้านค้าต่อสัญญา

ประเภทสินค้า / บริการธุรกิจ.....

พิกัดร้านค้าของท่าน.....

เมืองไทย Smile PLUS

1. ข้อมูลบริษัท/ร้านค้า

ชื่อร้านค้า(ภาษาไทย)

ชื่อร้านค้า(ภาษาอังกฤษ)

ระยะเวลาเข้าร่วมตั้งแต่..... (ระยะเวลาเข้าร่วมขั้นต่ำ 1 ปี)

ที่อยู่จัดส่งสื่อ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร..... ซอย.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

Website..... E-mail.....

ชื่อผู้ประกอบการ.....

ตำแหน่ง..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

2. ชื่อบุคคลหรือนิติบุคคลที่เป็นเจ้าของ (กรณีนิติบุคคล กรุณาระบุชื่อกรรมการผู้จัดการ)

ชื่อ/บริษัท.....

ชื่อกรรมการผู้จัดการ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

Website..... E-mail.....

3. สถานที่รับสิทธิ์ (กรณีสาขาเดียวให้เขียนในสาขาที่ 1 และกรณีมีหลายสาขากรณาเขียนให้ครบทุกสาขา)

จำนวนสาขา.....สาขา

สาขา 1 ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สาขา 2 ที่อยู่.....

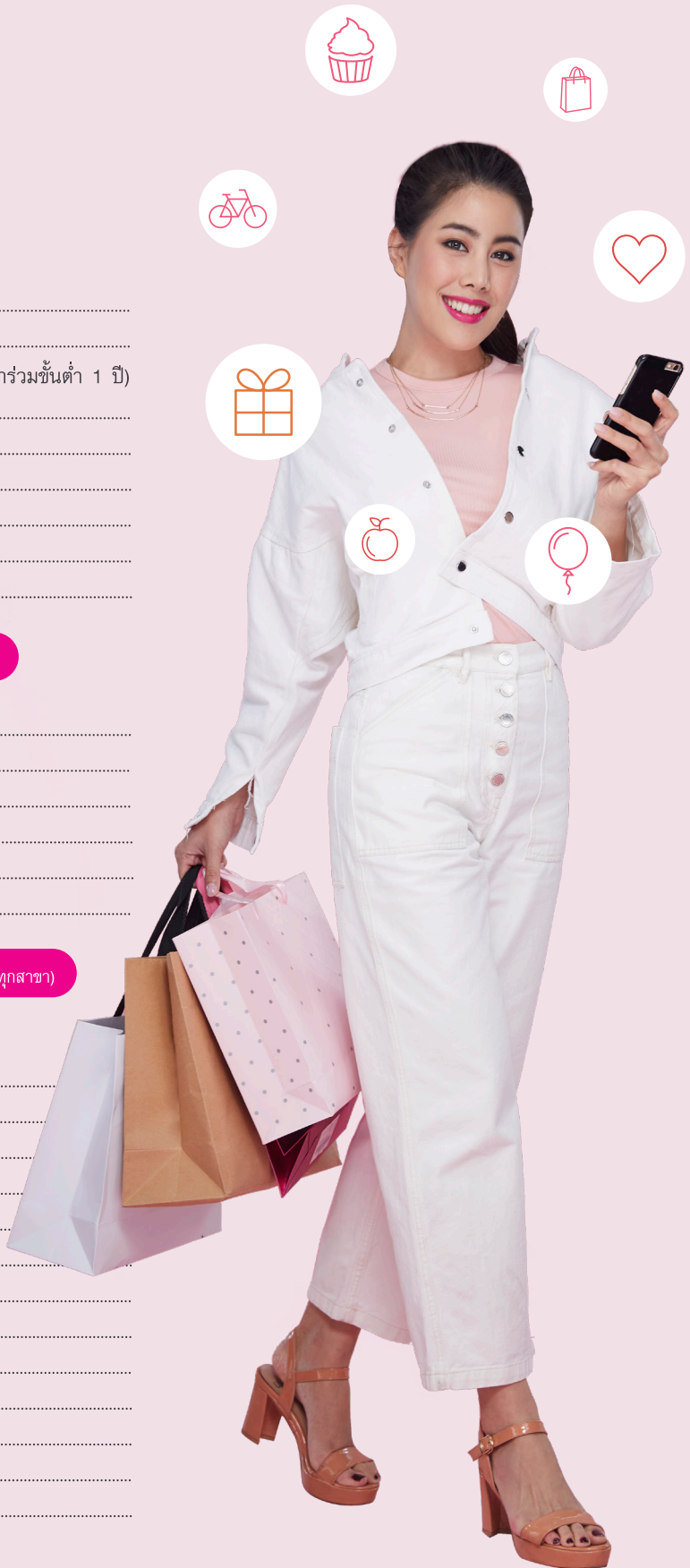
โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สาขา 3 ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สาขา 4 ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....



4. ข้าพเจ้ามีความประสงค์เข้าร่วมโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus กับบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยขอมอบสิทธิประโยชน์ดังนี้ ลูกค้าเมืองไทยประกันชีวิต แสดงบัตร Smile และบัตรอื่น ที่มีตราสัญลักษณ์เมืองไทย Smile Club และบัตรประกันกลุ่ม Muangthai Health Care รับส่วนลด*.....

 5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้แสดงบัตรเมืองไทย Smile Club และบัตรอื่น ที่มีตราสัญลักษณ์เมืองไทย Smile Club และบัตรประกันกลุ่ม Muangthai Health Care สามารถรับ ส่วนลด หรือสิทธิพิเศษของสาขา/ร้านค้าที่ระบุในเอกสารตอบรับฉบับนี้ได้
 6. ข้าพเจ้าได้แนบภาพร้านค้า หรือภาพผลิตภัณฑ์ที่ชัดเจนมาพร้อมกับเอกสารตอบรับฉบับนี้ และยินยอมให้ใช้ภาพดังกล่าวเป็นสื่อประชาสัมพันธ์
 7. หากข้าพเจ้ามีความประสงค์จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบก่อนล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน ในกรณีนี้ ข้าพเจ้าตกลงจะคืนวัสดุอุปกรณ์ที่แสดงสัญลักษณ์การเป็นร้านค้าร่วมโครงการ เมืองไทย Smile Club ให้กับ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) โดยทันที
 8. ข้าพเจ้ายอมรับว่าบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) มีสิทธิ์ยกเลิกการเป็นร้านค้าในโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus รวมถึงสิทธิในการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการ เป็นร้านค้าเข้าร่วมโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus ตลอดเวลาเพียงแต่แจ้งให้ทราบเท่านั้น
 9. ข้าพเจ้ายินยอมติดตั้งสื่อประชาสัมพันธ์โครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus ณ ร้านค้า หรือสถานประกอบการในตำแหน่งที่เหมาะสม ซึ่งสามารถเห็นได้ชัดเจนตามที่ทาง บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) จัดสรรให้ และจะถ่ายภาพส่งกลับมายังบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ โครงการนี้
 - Sticker จำนวน 1 ชิ้น
 - ป้ายปิด - เปิดหน้าร้าน จำนวน 1 ชิ้น
 - อะคริลิกตั้งโต๊ะใส่ข้อมูล
- *ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาจำนวนตามความเหมาะสม
10. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำโลโก้ เครื่องหมายการค้า สัญลักษณ์ทางการค้า ภาพถ่าย สินค้า ของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการโฆษณา ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านทางสื่อต่างๆได้
 11. ข้าพเจ้าในฐานะผู้มีอำนาจลงนาม และบริหารจัดการ เข้าใจถึงรายละเอียดโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus เป็นอย่างดี และให้สัญญาว่าจะแจ้งต่อพนักงานและผู้เกี่ยวข้อง ทุกคนให้ทราบถึงการเข้าร่วมโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus และรับรองว่าจะควบคุมดูแลพนักงานให้ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ข้างต้นทุกประการ
 12. หากกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ถือว่าเอกสารตอบรับฉบับนี้เป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจ)
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

ลงชื่อ.....(พยาน)
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....



ติดต่อสอบถาม

และสมัครเข้าร่วมโครงการร้านค้าพันธมิตร Smile Plus

โทรศัพท์ 02 274 9400 ต่อ 6478 โทรสาร 02 693 2779

E-mail : smileplus@muangthai.co.th