

HIKVISION INSTALLER PARTNER PROGRAM

Registrační formulář

Název společnosti _____

IČO _____

Stát _____

Kontaktní osoba (jméno, příjmení) _____

E-mail _____

Telefon _____

Webová stránka společnosti _____

Činnosti společnosti ANO / NE

Instalace alarmových systémů

Provoz PCO

Instalace CCTV

Instalace video interkomů

Instalace přístupových systémů

Poskytovatel internetového připojení

Distributor 1, kde nakupuji AX PRO _____

Distributor 2, kde nakupuji AX PRO _____

Souhlasím, se zasíláním obchodních sdělení (informace o nových produktech, pozvánky na školení, akce, apod.)

V dne

Razítko / podpis