SHOCK THERAPY®

Bikes, Bike-wear, Accessories & Suspension Service

Sehr geehrter Händlerkollege,
vielen Dank für Interesse an unseren Produkten und Dienstleistungen. Bitte füllen Sie unseren Fragebogen vollständig aus, damit wir uns ein Bild Ihres Geschäftes machen können und die Chance haben, unser Angebot optimal an Ihren individuellen Gegebenheiten auszurichten. Bitte beachten sie, dass Bikes und Rahmen nur über ordentlichen Fachhandel mit Laden und Werkstatt erfolgen kann.

Anschrift / Kontakt

Firma:			Geschäftstyp
Str.:			☐ Nebenberuflich
PLZ, Ort:			☐ Hauptberuflich
Telefon:		Fax:	☐ Sammelbesteller
www / E-Mail:			☐ Versandhandel
Geschäftsleiter/Inhaber:			☐ Fachhandel mit Laden

Ansprechpartner

Einkauf/Verkauf	Name:	Telefon	
Werkstatt	Name:	Telefon	

Mitarbeiterzahl

Verkauf		Werkstatt		Bieten sie Bikeservice an? □ ja / □ nein

Handelsfläche

Verkaufsfläche ____qm, Lagerfläche ____qm, Werkstatt ____qm	
Schaufenster ☐ ja / ☐ nein	Lage bzw. Standort:

Besonderheiten / Spezialitäten / Konzept

Mit welchen Herstellern / Distributoren arbeiten Sie zusammen? Welche Markenartikel bieten Sie an?

Marken / Warengruppen etc.

Ihre Kunden / Zielgruppen sind:

☐ Downhill	☐ Freeride	☐ Crosscountry	☐ Trekking	☐ City
☐ BMX	☐ Dirt	☐ All Mountain	☐ Cross	☐ Rennrad
Sonstiges;				

Welche unserer Waren/Leistungen sind für Sie besonders attraktiv?

☐ Intense Cycles	☐ Pivot Cycles	☐ Lauf Forks	☐ Alchemist	☐
☐ ST HardRide Serie	☐ MRP Chainguids	☐ MRP Suspension	☐ Dirty Dog	☐

Geschätzte bzw. Geplante Stückzahl ☐ Intense I ☐ Pivot

☐ im Jahr ☐ im Monat	Fullies ☐5 ☐10 ☐20 ☐30 ☐50 ☐...und mehr ☐kein Bedarf	Hardtails ☐5 ☐10 ☐20 ☐30 ☐50 ☐...und mehr ☐kein Bedarf

Wie haben Sie von uns erfahren?

☐ Presse	☐ Internet	☐ Kunden
☐ Katalog	☐ Print-Anzeigen	☐ Außendienst

Öffnungszeiten:

Interne Eingabe Shock Therapy Ku-Nr.:.....

Eingabe EDV:.....
Datum Kürzel

Genehmigt durch

GL:.....
Datum Kürzel

Bitte zurückfaxen an Nummer06434-90550-99

Stempell / Unterschrift