



Kooperationspartner
für Mandanten gemeinsam mehr erreichen



**Landes-
Vermögensplanung**
Besser. Unabhängig. Beraten.

Alle Angaben sind freiwillig –als Grundlage einer mögl. Zusammenarbeit –streng vertrauliche Behandlung sichern wir zu!
Einfach per Fax an: 0 99 76 / 90 28 -11

Name, Vorname:

Firma:

Straße, PLZ, Ort:

Tätigkeit als/seit: seit:

Schwerpunkte:

Bevorzugte Region:

Sind Sie selbständig? ja nein Wie viele Mandanten betreuen Sie ca.?

Tel. Büro/Fax/Mobil:

Email-Adresse: Homepage:

In welchen Bereichen könnten Sie sich eine Kooperation vorstellen (hier Beispiele)?

<input type="checkbox"/> Bankwesen	<input type="checkbox"/> Versicherungswesen	<input type="checkbox"/> Kapitalanlagen	<input type="checkbox"/> Immobilien	<input type="checkbox"/> Förderungen
→Kredite	→Private/betriebl. Rente	→Festgeld	→Objektsuche	→Arbeitnehmerzulage
→Zahlungsverkehr	→Kranken/Berufsunfähigkeit	→Wertpapiere/Fonds	→Baufinanzierung	→Existenzgründung
→Kindervorsorge	→Autoversicherung	→Steuersparmodelle	→Umschuldung	→Sparprämien

Sind oder waren Sie bereits selbst in einem der oben genannten Sparten tätig? ja nein

Welche Erwartungen knüpfen Sie an unsere Zusammenarbeit?

.....

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zur Aufnahme einer aktiven Geschäftsverbindung ist eine separate Kooperationsvereinbarung erforderlich. Mit Ihrer Unterschrift gehen Sie weder einen Vertrag nach irgendeiner Verpflichtung ein. Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sichern Sie zu. Es gilt das Recht der BRD.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift