

Formulaire de changement (EULUX)

Partenaire Affilié

Pour renseignements Téléphone _____ E-mail _____

Données de la société (nouvelles) Rue/n° _____
 CP/lieu _____ Pays _____
 Téléphone _____ E-mail _____
 www. _____
 Forme juridique _____ No. TVA _____

Personne de contact (nouvelle) Au siège principal Succursale/lieu d'exploitation Remplacement de _____
 Mme M. Prénom _____ Nom _____ Fonction _____
 Téléphone _____ E-mail _____

Adresse abrégée _____ Pour le relevé du titulaire de la carte (max. 21 caractères)

Représentant légal (nouveau) Remplacement de _____

Mme M. Prénom _____ Nom _____
 Téléphone _____ Fonction _____

Adresse privée Rue/n° _____
 CP/lieu _____ Pays _____

Veillez annexer la copie d'une pièce d'identité en cours de validité (passeport, CI).

Lieu d'exploitation existant (détails nouveaux) TID(s) _____

Selon l'adresse de la société Nom de commerce _____
 Rue/n° _____
 CP/lieu _____ Pays _____

Justificatif (nouveau) _____ Nom de commerce, code postal et localité selon lieu d'exploitation (max. 24 caractères)

Données du compte (nouvelles) Additionnel Compte principal Partenaire Affilié Nouveau, remplacement du compte _____ Compte succursale

Devise _____ Établissement financier _____ BIC/Swift _____ (8 ou 11 chiffres)
 CP/lieu _____ Pays _____
 IBAN _____

Titulaire du compte Rue/n° _____
 CP/lieu _____ Pays _____

Veillez annexer la copie du relevé d'identité bancaire ou d'un extrait de compte récent.

Correspondance (nouvelle) Langue _____ À l'adresse principal du Partenaire Affilié Aux adresses selon la liste en annexe

Adresse distincte Société _____ ATTN _____
 Correspondance/B.P. Rue/n° _____ B.P. _____
 Factures CP/lieu _____ Pays _____
 Rétrofacturations E-mail nouveau additionnel _____
 Avis de paiement PDF

Type d'avis de paiement (nouveau): Résumé des paiements par succursale (recap) Niveau de transaction (detailed)
 Niveau de clôture journalière par succursale (summary)

Le Partenaire Affilié confirme l'exactitude des données susmentionnées. **Changements valides à compter du _____**

SIX Payment Services est en droit de facturer au Partenaire Affilié les coûts liés à ces changements.

Date et lieu _____ Signature(s) du/des représentant(s) légal/légaux du Partenaire Affilié *

* Prénom(s) et nom(s) en caractères d'imprimerie: _____