



# Formulaire de changement (BEL)

## 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: [ ]