

# Formulaire de changement

S.V.P. adresser à:  
 E-mail: [posinfo.ch@six-payment-services.com](mailto:posinfo.ch@six-payment-services.com); fax: 0848 000 114  
 Pour e-commerce: [onlinepayment@six-payment-services.com](mailto:onlinepayment@six-payment-services.com)

## Partenaire affilié

Pour questions

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Données de la société (nouvelles)

Rue/n° \_\_\_\_\_  
 CP/Lieu \_\_\_\_\_ UID CHE- \_\_\_\_\_ MWST \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 www. \_\_\_\_\_ PSP \_\_\_\_\_

Personne de contact (nouvelle)

Mme  M.

Siège principal  Lieu d'exploitation Remplacement de \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Adresse abrégée

Pour relevé du titulaire de la carte (max. 21 caract.) \_\_\_\_\_

## Représentant(e) légal(e) (nouveau/nouvelle)

Mme  M.

Remplacement de \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

Information 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 (nouveaux détails)

TID(s) \_\_\_\_\_

(NE S'APPLIQUE PAS À L'E-COMMERCE)

Selon siège principal

Libellé \_\_\_\_\_  
 Rue/n° \_\_\_\_\_  
 CP/Lieu \_\_\_\_\_

Justificatif (nouveau)

\_\_\_\_\_

Logo nouveau en \_\_\_\_\_ format annexé

Libellé, code postal et localité en tant que lieu d'exploitation

\_\_\_\_\_

## Données du compte (nouvelles)

Additionnel

Compte principal  Compte succursale

Nouveau, remplacement du compte \_\_\_\_\_

Bulletin de versement annexé

Etablissement financier \_\_\_\_\_

Devise \_\_\_\_\_

CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC/Swift \_\_\_\_\_ (8 ou 11 chiffres)

Titulaire du compte \_\_\_\_\_

Rue/n° \_\_\_\_\_

CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Mode de paiement (nouveau)

Paiement collectif tous les moyens de paiement

Paiement par moyen de paiement (coût additionnel)

## Correspondance (nouvelle)

DE  FR  IT  EN

Adresse distincte

Société \_\_\_\_\_ ATTN \_\_\_\_\_

Correspondance/C.P.

Rue/n° \_\_\_\_\_ C.P. no. \_\_\_\_\_

Factures

CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Livraison matériel

Avis de paiement (papier)

Avis de paiement (PDF)

Chargebacks

E-mail  nouveau  additionnel \_\_\_\_\_

Type de globalisation (nouveau):

Relevé des bonifications

Relevé des bonifications par succursale

Relevé des clôtures journalières par succursale

Relevé détaillé des transactions

Le Partenaire affilié confirme l'exactitude des déclarations susmentionnées. **Changements valides à partir du** \_\_\_\_\_

SIX Payment Services est en droit de facturer au Partenaire affilié les frais occasionnés par les modifications.

Date et lieu

Signature(s) du/des représentant(s) légal/légaux du Partenaire affilié \*

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