

Formulaire de changement (EULUX)

S.V.P. adresser à:
E-mail: customerservices@six-payment-services.com

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: _____