Reset 708

Payment Services

Partner/Account ID

Formulaire de changement (LUX)

Prière de soumettre à: cs_luxembourg@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 L U

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

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

Représentant légal (nouveau)

☐ Mme ☐ M.
Remplacement de
Prénom Nom
Téléphone Fonction

Adresse privée
Rue/n°
CP/lieu Pays

Veuillez 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
☐ Nouveau, remplacement du compte
☐ Compte principal Partenaire Affilié
☐ Compte succursale

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

Titulaire du compte
Rue/n°
CP/lieu Pays

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

Correspondance (nouvelle)

Langue Français
☐ À l'adresse principal du Partenaire Affilié ☐ Aux adresses selon la liste en annexe

Adresse distincte
☐ Correspondance/C.P.
☐ Factures
☐ Rétrofacturations
☐ Avis de paiment PDF

Société ATTN
Rue/n°
CP/lieu Pays
E-mail ☐ nouveau ☐ additionnel

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** . . (JJ MM AAAA)
Les coûts liés à un changement de compte et/ou de société s'élèvent individuellement à EUR 15 hors TVA.

Date et lieu	Signature(s) du/des représentant(s) légal/légaux du Partenaire Affilié *
. . , (JJ MM AAAA)	

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