

Obrazac za izmjene (EULUX)

Molimo dostaviti na:

E-pošta: info.cwe@six-payment-services.com; Faks: +49 69 95 932 2726Za e-trgovinu: onlinepayment@six-payment-services.com

Trgovac	
Za upite	Telefon _____ E-pošta _____
Podaci o tvrtci (novi)	Ulica/k.b. _____ Poštanski br./grad _____ Država _____ Telefon _____ E-pošta _____ www. _____ Pravni oblik _____ OIB _____
Kontakt osoba (nova)	<input type="checkbox"/> Sjedište <input type="checkbox"/> Poslovnica/lokacija Zamjena za _____ <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/> Gosp. Ime _____ Prezime _____ Položaj _____ Telefon _____ E-pošta _____
Skraćen naziv	_____ Informacija vidljiva vlasniku kartice (maks. 21 znak)
Pravni zastupnik (novi)	Zamjena za _____ <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/> Gosp. Ime _____ Prezime _____ Telefon _____ Položaj _____
Osobna adresa	Ulica/k.b. _____ Poštanski br./grad _____ Država _____ Molimo priložite presliku valjanog osobnog dokumenta (putovnica, OI).
Lokacija postojećeg terminala (nove pojedinosti)	TID(evi) _____
<input type="checkbox"/> Kao adresa tvrtke	Trgovački naziv _____ Ulica/k.b. _____ Poštanski br./grad _____ Država _____
Sales slip (new)	_____ Trgovački naziv, poštanski broj i grad kao adresa lokacije (maks. 24 znaka po retku) _____ _____
Podaci o računu (novi)	<input type="checkbox"/> Dodatni <input type="checkbox"/> Novi, zamjenjuje račun _____ <input type="checkbox"/> Glavni račun trgovca <input type="checkbox"/> Račun poslovnice
Valuta _____	Financijska institucija _____ BIC/Swift _____ (8 ili 11 znamenki) Poštanski br./grad _____ Država _____ IBAN _____
Imatelj računa	Ulica/k.b. _____ Poštanski br./grad _____ Država _____ Molimo priložite potvrdu banke ili posljednji izvadak računa.
Korespondencija (nova)	Jezik _____ <input type="checkbox"/> na glavnu adresu trgovca <input type="checkbox"/> na adrese prema popisu u priritku
Različita adresa	Tvrtka _____ FAO _____ <input type="checkbox"/> Korespondencija/P. pretninac Ulica/k.b. _____ <input type="checkbox"/> Računi Poštanski br./grad _____ Država _____ <input type="checkbox"/> Chargeback (Opoziv sredstava) E-pošta <input type="checkbox"/> novo <input type="checkbox"/> dodatno _____ <input type="checkbox"/> Obavijesti o povratu PDF Vrsta izvoda (novo): <input type="checkbox"/> Sažetak isplate (rekapitulacija) <input type="checkbox"/> Razina transakcije (detaljno) <input type="checkbox"/> Dnevna zaključak po poslovnici (sažetak)
Trgovac potvrđuje točnost gore navedenih podataka. Izmjene su važeće od _____	
Payment Services ima pravo izdati račun Trgovcu za troškove povezane s ovim izmjenama.	
Datum i mjesto	Potpis(i) zakonskog(ih) zastupnika Trgovca *

* First and last name(s) in block letters _____