

Formularz ZMIANY ADRESU KORESPONDENCYJNEGO AKCEPTANTA



Prosimy o wypełnienie dokumentu drukowanymi literami.

Nr zgłoszenia (o ile zostało nadane przez Elavon):

1. DANE

Numer MID: NIP Akceptanta:

Imię i nazwisko / nazwa Akceptanta:

Adres siedziby Akceptanta: ulica i nr

Kod pocztowy - Miejscowość (Poczta)

Niniejszym, działając w imieniu Akceptanta informuję, iż nowym adresem korespondencyjnym Akceptanta jest:

Ulica i nr

Kod pocztowy - Miejscowość (Poczta)

Imię i nazwisko osoby kontaktowej:

Nr telefonu kontaktowego: Adres e-mail:

2. PODPISY

NINIEJSZYM POTWIERDZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ UPOWAŻNIONĄ DO SKŁADANIA WNIOSKU, KTÓREGO DOTYCZY NINIEJSZY FORMULARZ.

OŚWIADCZAM, IŻ JESTEM ŚWIADOM I AKCEPTUJĘ, IŻ TERMIN DOKONANIA WNIOSKOWANEJ ZMIANY JEST NIŻ KRÓTSZY NIŻ 7 DNI KALENDARZOWYCH OD DNIA DORĘCZENIA TEGO FORMULARZA DO ELAVON.

Imię i nazwisko:

Nr telefonu kontaktowego: Adres e-mail:

Czytelny podpis: _____

Stanowisko służbowe: _____

Miejscowość _____

Data (DD/MM/RRRR)

Pieczętka firmowa _____

Adres zwrotny: Elavon Financial Services DAC (Spółka z o.o. o Wyznaczonym Przedmiocie Działalności) Oddział w Polsce

Dział Zarządzania Dokumentami

ul. Puławska 17

02-515 Warszawa

Fax: 22 306 03 69

UWAGA:

Formularz może być stosowany jedynie w przypadku, gdy Akceptant zmienia wyłącznie adres korespondencyjny. W przypadku zmiany formy prawnej, przekształcenia przedsiębiorstwa, lub innej zmiany podmiotowej konieczne jest poinformowanie Elavon na odrębnym formularzu, a taka zmiana może wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji lub podpisania nowej umowy o akceptację kart płatniczych.