

ZAŁĄCZNIK NR 3 – KARTA LOKALIZACJI

Do Umów: Umowy przystąpienia do sieci Terminali POS oraz Umowy na świadczenie usług przyjmowania płatności w terminalach RCEPAY przy użyciu instrumentów płatniczych.

NAZWA FIRMY:

NIP:

DANE LOKALIZACJI NR

NAZWA PUNKTU DO UMIESZCZENIA NA WYDRUKU:

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI:

ULICA I NUMER LOKALU:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

GODZINY OTWARCIA: poniedziałek: - piątek

sobota

niedziela

od: : do: : od: : do: : od: : do: :

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU W LOKALIZACJI:

NUMER TELEFONU:

+

RACHUNEK DO ROZLICZEŃ:

WYBÓR I KONFIGURACJA TERMINALI POS

Lp.	Model terminala ¹	Ilość	Instalacja	Serwis	DCC	Cash Back	Doładowania GSM	Polska Bezgotówkowa
1					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

DANE LOKALIZACJI NR

NAZWA PUNKTU DO UMIESZCZENIA NA WYDRUKU:

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI:

ULICA I NUMER LOKALU:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

GODZINY OTWARCIA: poniedziałek: - piątek

sobota

niedziela

od: : do: : od: : do: : od: : do: :

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU W LOKALIZACJI:

NUMER TELEFONU:

+

RACHUNEK DO ROZLICZEŃ:

WYBÓR I KONFIGURACJA TERMINALI POS

Lp.	Model terminala ¹	Ilość	Instalacja ¹	Serwis ¹	DCC	Cash Back	Doładowania GSM	Polska Bezgotówkowa
1					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

DANE LOKALIZACJI NR

NAZWA PUNKTU DO UMIESZCZENIA NA WYDRUKU:

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI:

ULICA I NUMER LOKALU:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

GODZINY OTWARCIA: poniedziałek: - piątek

sobota

niedziela

od: : do: : od: : do: : od: : do: :

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU W LOKALIZACJI:

NUMER TELEFONU:

+

RACHUNEK DO ROZLICZEŃ:

WYBÓR I KONFIGURACJA TERMINALI POS

Lp.	Model terminala ¹	Ilość	Instalacja	Serwis	DCC	Cash Back	Doładowania GSM	Polska Bezgotówkowa
1					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Potwierdzam tożsamość osób reprezentujących Akceptanta.

Potwierdzam zgodność danych zawartych powyżej ze stanem faktycznym.

(podpis REPREZENTANTA HANDLOWEGO)

(podpis AKCEPTANTA)

