

## FÖRETAG

## KONTO/KREDITANSÖKAN

VAR GOD TEXTA TYDLIGT



FÖRETAG/NAMN:	
ADRESS:	TEL HEM:
POSTADRESS:	TEL ARBETE:
ORG.NR/PERSONNR:	TEL MOBIL:
REG.ÅR:	FAXNR:
OMSÄTTN./ÅR:	E-POST

BANKFÖRBINDELSE:	
ADRESS:	TEL:
KONTAKTMAN:	
UNDERTECKNAD FÖRSÄKRAR ATT OVANSTÅENDE UPPGIFTER ÄR RIKTIGA OCH FÖRBINDER SIG ATT IAKTAGA GÄLLANDE BETALNINGS/FÖRSÄLJNINGSVILLKOR	
ORT:	DATUM:
UNDERSKRIFT:	
FÖRTYDLIAND E:	

### ÖVRIGRA UPPLYSNINGAR:

BETALNINGSVILLKOR 15 DGR NETTO.  
FAKTURERINGSavgift 25,- INKL.MOMS PÅ INKÖP UNDER 500,-  
PÅMINNELSEavgift 40,-  
EFTER FÖRFALLODATUM DEB. 22% RÄNTA PER ÅR.

KONTROLL AV PERSONUPPGIFTER KOMMER ATT UTFÖRAS PÅ SAMTLIGA STYRELSEMED-  
LEMMAR.

INTERNA ANTECKNINGAR:		
ANSÖKAN BEVILJAD:	KUNDNR:	LIMIT:
<b>LEG.NR:</b>		

