

Для банківського продукту «Торговий еквайринг» та/або Еквайринг «Альянс каса»

- вид послуги – «Торговий еквайринг» та/або Еквайринг «Альянс каса»
- для юридичної особи;
- для ФОП;

*Всі примітки та роз'яснення видаються в остаточній версії Додатку

ЗАЯВА ПРО РЕЄСТРАЦІЮ ТОРГОВОЇ ТОЧКИ № _____

до Заяви № _____ від _____ про приєднання
до Договору банківського обслуговування корпоративних клієнтів АТ «БАНК АЛЬЯНС» та надання послуги
«Торговий еквайринг» або Еквайринг «Альянс каса»

Якщо Заява підписується на паперових носіях - вказати дату підписання Заяви (в електронній формі – видалити)

м. _____

« _____ » _____ 20 _____ року

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО КЛІЄНТА (ТОРГОВЦЯ)			
Повне найменування юридичної особи/П.І.Б ФОП (Торговця)			
Керівник/Представник (П.І.Б, посада, Статут, довіреність тощо)			
Код ЄРДПОУ / РНОКПП КЛІЄНТА/ТОРГОВЦЯ			
Клієнт входить до ГПК (групи пов'язаних компаній)			
РЕКВІЗИТИ КЛІЄНТА ДЛЯ РОЗРАХУНКІВ			
Банк Торговця			
Поточний рахунок Клієнта для зарахування Відшкодування (IBAN)		UA _____	
Платіжні системи, ЕПЗ яких приймаються до оплати (в тому числі, але не обмежуючись): VISA, Mastercard, ПРОСТІР			
ВІДОМОСТІ ПРО ТОРГОВУ ТОЧКУ			
Основний вид діяльності		Поштовий індекс	
Назва місця торгівлі/Торгової точки (державною мовою/латинськими літерами)			
Адреса місця торгівлі/Торгової точки (державною мовою/латинськими літерами)			
POS-ТЕРМІНАЛ			
Запланована кількість встановлення	_____	<input type="checkbox"/> Устаткування Партнерської компанії	<input type="checkbox"/> Устаткування Банку (Переносний)
			<input type="checkbox"/> Устаткування Банку (Стационарний)
Тип зв'язку POS-терміналу		<input type="checkbox"/> GPRS	<input type="checkbox"/> Ethernet
Час Звірки підсумків або Z-баланс		00:00	
ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ			
<input type="checkbox"/> Зовнішній PIN-Pad		<input type="checkbox"/> Підключення до каси	
<input type="checkbox"/> Функція мултимерчант (вказати до якого POS-терміналу додавати)		Terminal ID основного POS-терміналу	
КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ ВІД ТОРГОВЦЯ			
Відповідальна особа з фінансових питань		Відповідальна особа за місцем торгівлі	
П.І.Б		П.І.Б	
Телефон		Телефон	
e-mail		e-mail	

Ця Заява набирає чинності з дати її підписання Сторонами та скріплення печатками (за наявності) Сторін.

РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТОРІН

БАНК:

АТ «БАНК АЛЬЯНС»

ЄДРПОУ: 14360506, IBAN UA443000010000032002124601026.

Місцезнаходження: 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, 50

Уповноважена особа (представник) Банку

_____ (_____)
М.П. _____ підпис _____ (ПІП)

КЛІЄНТ:

Для юридичних осіб:

ПОВНЕ/СКОРОЧЕНЕ НАЙМЕНУВАННЯ (згідно установчих документів)

Код ЄРДПОУ

Для фізичної особи - підприємця:

ФОП П.І.Б

паспорт _____, виданий

Місцезнаходження/Адреса реєстрації: _____

Адреса для листування/фактичного проживання

РНОКПП

_____ (_____)
М.П. _____ підпис _____ (ПІП)