

Datum

Alfakod

Kundnr

SMD LOGISTICS AB

Box 2071

196 02 Kungsängen

Var vänlig texta.



OBS! Bifoga kopia av bolagsbevis och F-skattebevis

Inregistrerat firmanamn		Företagsnr/organisationsnr	Bolagsform
Gatuadress eller Box nr		Postnr, postadress	Firmatelefon inkl. riktnr
Butiksnamn		Öppettider	Säsongsöppet (ange period)
Leveransadress (om annat än ovan)		Postnr, Postadress	Firmatelefon inkl. riktnr
Rörelsens art	Beräknat tobaksinköp/år kr	Kontaktperson för tobaksinköp	
Härmed intygas att jag/vi tagit del av och accepterat SMD Logistics vid var tid gällande försäljnings- och rabattvillkor.			
1 _____		2 _____	
Underskrift		Underskrift	

Ägarens/Ägarnas namn. Var vänlig texta.

1	Förnamn	Efternamn	Personnr	Svenskt medborgarskap <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Bostadsadress		Postnr, postadress	Riktnr-bostadstelefon
2	Förnamn	Efternamn	Personnr	Svenskt medborgarskap <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Bostadsadress		Postnr, postadress	Riktnr-bostadstelefon
E-postadress				
Övriga upplysningar. Bankreferenser. Har ni bytt adress och telefonnr de senaste 12 månaderna, var god ange tidigare adress och telefonnr här.				
Locations code/EANKod				

Har föregående ägare varit kund hos SMD Logistics skall denne bekräfta överlåtelsen här nedan.

Företagets namn		Kundnummer hos SMD Logistics	Datum för överlåtelse
Förre ägarens underskrift		Namnförtydligande	
Förre ägarens bostadsadress		Postnr, postadress	Riktnr-bostadstelefon

Adress. nr	Distrikt	Kundgrupp	Lev sätt	Fraktsedel	Betalare	Kreditgräns
Handelskedja	Mailadress	U.C.	EDI kod	Rutt	Avlastningszon	Betaln.metod
Postas	UC Spectra	Delfi nr.	Säsongskod	Datum + sign		