

KUNDANSÖKAN

* ALLA UPPGIFTER I DE VITA FÄLTEN MÅSTE FYLLAS I.

KUNDNR:		RABATTKOD:	
FÖRETAGSNAMN:			
POSTADRESS:			
POSTNR/ORT:			
LEVERANSADRESS:			
POSTNR/ORT:			
KONTAKTPERSON:		E-POST:	
KONTAKTPERSON:		E-POST:	
		E-POST FÖR FAKTURAUTSKICK	
TELEFON:		MOBIL:	
ORG. NUMMER:		LEVERANSSÄTT:	
		MOTTAGARNR:	
BESÖK ☐	NYHETSBREV ☐	INLOGG E-HANDEL ☐	JAG GODKÄNNER ABKATIS INTEGRITETSPOLICY SE BILAGA ☐
	BESKRIV DIN VERKSAMHET	PRODUKTGRUPPER AV INTRESSE	UPPSKATTAT ÅRSINKÖP SEK/ÅR
SÄLJARE:		DISTRIKT:	
KUNDKATEGORI:		KUNDTYP:	
LEVERANSVILLKOR:		BET. VILLKOR:	20 DAGAR NETTO
KREDITGRÄNS:		LANDSKOD:	MOMSKOD:
HUVUDKUNDNR:		SPEC. PRISLISTA	
HUVUDKUNDNAMN:		ORT:	
DATUM:		SIGNATUR:	