

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	ABKATI AKTUELLT	ARBETSBELYSNING	JAG GODKÄNNER ABKATI:S 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:
HUVUDKUNDRNR:				SPEC. PRISLISTA	
HUVUDKUNDNAMN:				ORT:	
DATUM:				SIGNATUR:	