

Formulaire pour changement de Payment Service Provider

PARTENAIRE
AFFILIÉ

Société _____ No. d'affiliation _____

Siège social Rue et n° _____ Case postale _____

CP/Localité _____ Pays _____

Pers. de contact M. Mme Prénom _____ Nom _____

Fonction _____ Téléphone _____

E-mail _____ Fax _____

DONNÉES
PSP

Ancien Payment Service Provider (PSP)	Nouveau Payment Service Provider (PSP) à partir de _____
Nom du PSP _____	Nom du PSP _____
Account ID _____	Account ID _____
Date de fin du contrat ____ / ____ / ____	Date de début du contrat ____ / ____ / ____

Par la présente, je confirme que le contrat conclu avec l'ancien Payment Service Provider a été résilié dans les délais impartis:

Lieu et date

Signature(s) juridiquement valable(s) du partenaire affilié*

* Prénom et nom en caractères d'imprimerie: _____

Veuillez nous envoyer le formulaire dûment complété et muni d'une signature autorisée par fax, e-mail ou poste.

Depuis la Suisse:
customerservice@six-payment-services.com

Depuis la France:
info.cwe@six-payment-services.com

Adresse postale: SIX Payment Services, Hardturmstrasse 201, C.P., CH-8021 Zurich
Pour votre contact local: www.six-payment-services.com/contact

SIX Payment Services SA
Hardturmstrasse 201, CH-8021 Zurich

SIX Payment Services (Europe) S.A.
10, rue Gabriel Lippmann, L-5365 Munsbach