

## 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**

<b>Ancien Payment Service Provider (PSP)</b>	<b>Nouveau Payment Service Provider (PSP) à partir de _____</b>
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](http://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