

ANSÖKAN OM KUNDNUMMER

Ifylls av kunden

ALLMÄNNA UPPGIFTER

Namn* (officiellt företagsnamn)	
FO-nummer* (i form xxxxxxx-x)	
(Privata näringsidkare) Personnummer samt ett FO-nummer	
Bransch* välj Tjänsteproducent inom hälso- och sjukvården Forsknings- eller industrilaboratorium Äldreboende eller servicehem Veterinärmedicin Annan, vilken?	
Namn (marknadsföringsnamn)	
Leveransadress*	
Postnummer*	Postanstalt*

BETALNINGSRÖRELSE

Kontaktperson för bankärenden	Kontaktpersonens telefonnummer
Uppskattade inköp under ett år*	Kontaktpersonens e-post

FAKTURERINGSUPPGIFTER

Faktureringsadress*	
Postnummer*	Postanstalt*
Telefonnummer	Faxnummer
E-postadress	

UPPGIFTER FÖR E-FAKTURERING

Operatör	E-faktureringsadress
----------	----------------------

Jag vill bli e-handelskund och be om att skapa användarnamn för e-handel åt mig. Användarnamn samt lösenord är personliga och kan bifogas och levereras till e-postadressen nedan.

--

Jag försäkrar att ovannämnda uppgifter är riktiga och fullständiga

Ort och datum	Underskrift och namnförtydligande
---------------	-----------------------------------

Ifylls av Mediq Suomi Oy

Blankettens mottagare
