

ANSÖKAN OM KF INKÖPSKORT

Ansökan avser Ny ansökan Ändring av kreditgräns kort/kontonr 6001 8600 _____

Kontohavare (företags/organisationens/institutionens fullständiga namn)		Organisationsnummer
Fakturamottagare (avdelning eller motsvarande)		Telefonnummer inkl riktnummer
Fakturaadress		
Postnummer	Postadress	
Kontaktperson hos fakturamottagaren.		Telefonnummer inkl. riktnummer
Namn som ska präglas på kortet om annat än företags/organisationens/institutionens juridiska namn (ej fysisk person).		Önskat köputrymme (beräknad inköpssumma för två mån) Obligatorisk uppgift

Leveransadress (hit skickas kortet)		
Postnummer	Postadress	
Kontaktperson	Telefonnummer inkl. riktnummer	

Kortet ska gälla i följande butiker och stormarknader (max 5 st)

Butikens namn/Gata/O rt Butiksnummer (ifylles av butiken)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Jag/vi försäkrar att i denna ansökan lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga. Jag/vi bekräftar att jag/vi tagit del av och godkänner de allmänna villkoren för denna tjänst (Kontobestämmelser för KF Inköpskort). Jag/vi är medvetna om att ansökan kommer att genomgå sedvanlig kreditprövning.

Datum	Namn-teckning av behörig beställare/firmatecknare
Befattning	Namn-förtydligande

MedMera AB:s noteringar

Beviljad limit/avslag _____



Ansökan lämnas till ansluten (där KF Inköpskort gäller) butik/stormarknad!