

## NUEVA INSTALACIÓN

	Fecha petición		
Nombre del establecimiento			
Dirección			
CP			
Localidad			
Provincia			
Persona contacto			
Teléfono contacto			
Email			
Sector actividad			
Tipo de terminal	Cajero	Datáfono	
Comisión	%		
Retorno	Sí*	No	%
Fondo inicial			
Aportación del fondo	Cliente	Nosotros	
Método de reposición	Loomis	Transferencia	Tarjeta

\*En caso afirmativo, marcar el porcentaje de retorno.

Nombre de la empresa	
CIF	
Dirección Fiscal	
CP	
Localidad	
Provincia	
Nombre del administrador	
DNI administrador	

Aportar documentación Escritura constitución / Alta autónomo  
 DNI administrador / autónomo  
 Si Loomis DNI persona autorizada recepción Loomis  
 Si Transferencia certificado titularidad bancaria