

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

%

*En caso afirmativo, marcar el porcentaje de retorno.

Fondo inicial

Aportación del fondo

Cliente

Nosotros

Método de reposición

Loomis

Transferencia

Tarjeta

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