

# Kontoansökan

## BIFOGA ETT REGISTRERINGSBEVIS MED ANSÖKAN!!

Behandling av din kontoansökan tar c:a 3 dagar

Organisationsnr: \_\_\_\_\_

Firmanamn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobiltelefonnr: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Typ av verksamhet: \_\_\_\_\_

Beräknat årsinköp: \_\_\_\_\_  
(fyll i ungefärligt inköp/ år)

Ange vilka personer som får hämta ut material på detta konto  
Om det är många personer bifoga gärna ett separat papper

Namn	Pers.nr	Mobilnummer
_____	_____-____	_____
_____	_____-____	_____
_____	_____-____	_____
_____	_____-____	_____
_____	_____-____	_____

Vill endast ha kontantkonto

Våra betalningsvillkor är 30 dagar efter fakturadatum. Vid försenad betalning debiteras dröjesmålsränta med 23%. Vi förbehåller oss rätten att ta ut en påminnelseavgift på 45kr. Jag försäkrar att i ansökan lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga och godkänner ovan redovisade villkor. Jag är medveten om att kreditkontoansökan kommer att genomgå en kreditprövning varvid en kreditupplysning kommer att inhämtas.

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift av firmatecknare \_\_\_\_\_

Jarlakakel AB Noteringar  
Datum \_\_\_\_\_ Villkor \_\_\_\_\_ Kundtyp \_\_\_\_\_ Kreditbedömning \_\_\_\_\_  
Kundnr \_\_\_\_\_ Kreditlimit \_\_\_\_\_ Attetsteras \_\_\_\_\_ Säljare \_\_\_\_\_

Jarla Kakel AB Birger Jarls gatan 62, 11429 Stockholm E-mail [Info@jarlakakel.se](mailto:Info@jarlakakel.se)

Tel: 08-442 21 02 Fax: 08-442 21 04 [www.jarlakakel.se](http://www.jarlakakel.se)