

DEKLARACJA ZMIANY DANYCH KLIENTA

Dane Klienta:

Nazwa Firmy:

NIP lub REGON:

Zmiana adresu do wysyłki e-faktury drogą mailową:

Nowy adres e-mail do wysyłki e-faktur:

.....

E-faktury mogą być wysyłane tylko na jeden adres e-mail. Zmiana będzie wprowadzona w kolejnym okresie rozliczeniowym umowy od wpłynięcia prawidłowo wypełnionej i podpisanej deklaracji.

W razie chęci udostępniania faktur na Portalu dla Firm prosimy o kontakt z Państwem Opiekunem Administracyjnym.

Zmiana osoby upoważnionej do Kontakt / Deklaracja – Ustanowienie Użytkownika Administratora Portalu dla Firm

Działając jako osoba uprawniona do reprezentowania Klienta, oświadczam, że z dniem/...../..... nastąpiła zmiana osób upoważnionych do kontaktu z LUX MED Sp. z o.o. wskazanych w umowie.

Dodanie:

| Imię i nazwisko | Telefon i adres e-mail | Wysyłka waloryzacji | Osoba administrująca Portal dla Firm ¹ |
|-----------------|------------------------|--------------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wykreślenie:

| Imię i nazwisko | Telefon i adres e-mail |
|-----------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |

¹ Proszę zaznaczyć w przypadku posiadania lub chęci aktywacji Portalu dla Firm. Użytkownik Administrator posiada pełne prawo dostępu do danych przetwarzanych w Portalu. Na zasadach określonych w Regulaminie Portalu jest uprawniony do działania w imieniu Klienta i nadawania uprawnień do Portalu Użytkownikom oraz innym Użytkownikom Administratorom. Jako Klient zobowiązujemy się do bieżącego aktualizowania listy Użytkowników Administratorów, w szczególności do odbierania uprawnień w przypadku utraty przez Użytkownika Administratora prawa dostępu do Portalu.

Zmiana adresu firmy

- Adres siedziby:
- Adres do korespondencji:
- Adres pocztowy do wysyłki faktur²:

W celu wprowadzenia powyższych zmian prosimy o wysłanie skanu deklaracji do Państwa Opiekuna Administracyjnego.

.....

data

.....

miejsowość

.....

czytelny podpis Klienta / pieczęć imienna

² Adres wymagany pomimo aktywnych faktur elektronicznych, w przypadku wysyłki faktur FFS i FFS MP lub braku możliwości dostarczenia faktur mailowo lub udostępnienia ich w Portalu dla Firm.