



ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑ ΜΕΣΩ FAX

ΠΡΟΣ: CONTACT SOLUTIONS ΕΠΕ

ΑΠΟ:

Όνομα Εταιρίας:

Όνοματεπώνυμο Νομίμου Εκπροσώπου:

Διεύθυνση Εταιρίας:

Τηλέφωνο: Fax:

ΑΦΜ: ΔΟΥ:

Επάγγελμα:

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ως νόμιμος εκπρόσωπος της ανωτέρω εταιρίας επιβεβαιώνω την παραγγελία αδειών χρήσης του πακέτου λογισμικού ACT! από την εταιρία Contact Solutions ΕΠΕ, με ΑΦΜ 999724186 που εδρεύει στην οδό Φρ. Τσέντερ 1 στο Νέο Ψυχικό.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Νομίμου Εκπροσώπου Εταιρίας και Σφραγίδα:

Σας ενημερώνω ότι η πληρωμή του κόστους των αδειών χρήσης πλέον ΦΠΑ, σύμφωνα με τον τιμοκατάλογο που αναγράφεται στην ιστοσελίδα www.contact-solutions.com επιλέγω να γίνει με τον ακόλουθο τρόπο:

Με πιστωτική κάρτα:

Visa

Mastercard

American Express

Αριθμός Πιστωτικής Κάρτας:

Ημερομηνία Λήξεως:

Όνοματεπώνυμο Κατόχου:

Με κατάθεση στον λογαριασμό της Contact Solutions ΕΠΕ στην Alpha Bank με αριθμό 158-00-2320-003867

Με επιταγή της ανωτέρω εταιρίας ή του ιδιοκτήτη της ατομικής επιχείρησης σε ημερομηνία έως και 30 ημέρες από την ημερομηνία παραγγελίας και παράδοση της κατά την παραλαβή της παραγγελίας.