

Lieferantenformular AXRO (Seite 1)



Vielen Dank für Ihr Interesse. Um unsere EDV zu komplettieren, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen und per email an offer@axro.de zu senden. Zusätzlich benötigen wir eine **Kopie des Handelsregisterauszugs** sowie eine Passkopie Ihres Geschäftsführers.

RECHNUNGSADRESSE	
Firmenname	Geschäftsführer
Straße	Geburtsdatum Geschäftsführer
PLZ / Stadt	Ust. ID
Land	Steuernummer
Telefon	Gründungsdatum
Fax	Jahresumsatz Original VBM / Hardware
Mobil	Lieferzeit bei Lagerware Tage
Geschäftszweck (gemäß Handelsregister)	Mindestbestellwert / frei Haus
Internet	Zahlungsziel: 30 Tage ab Wareneingang, CIP

FIRMENADRESSE (falls abweichend)
Firmenname
Straße
PLZ / Stadt
Land
<input type="checkbox"/> Diese Adresse gehört offiziell zur o.g. Adresse.

LAGER/ LIEFERADRESSE (falls abweichend)	
Firmenname	Ust. ID (falls abweichend)
Straße	Steuernummer (falls abweichend)
PLZ / Ort	Ansprechpartner Lager
Land	Telefon/Fax/Email
<input type="checkbox"/> Diese Adresse gehört offiziell zur o.g. Adresse.	



AUTORISIERTE ANSPRECHPARTNER VERTRIEB

Nach deutschem Recht benötigt Axro von allen Personen Ihres Unternehmens, die mit Axro in Kontakt treten dürfen, den kompletten Namen. Dies sorgt dafür, dass keine falschen oder unberechtigten Angebote im Namen Ihres Unternehmens in Umlauf geraten.

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Personen autorisiert sind, im Namen unseres Unternehmens uneingeschränkt mit Axro in Kontakt zu treten.

Ansprechpartner 1 (Vertrieb)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail
Ansprechpartner 2 (Vertrieb)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail
Ansprechpartner 3 (Vertrieb)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail

AUTORISIERTE ANSPRECHPARTNER EINKAUF

Nach deutschem Recht benötigt Axro von allen Personen Ihres Unternehmens, die mit Axro in Kontakt treten dürfen, den kompletten Namen. Dies sorgt dafür, dass keine falschen oder unberechtigten Angebote im Namen Ihres Unternehmens in Umlauf geraten.

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Personen autorisiert sind, im Namen unseres Unternehmens uneingeschränkt mit Axro in Kontakt zu treten.

Ansprechpartner 1 (Einkauf)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail
Ansprechpartner 2 (Einkauf)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail
Ansprechpartner 3 (Einkauf)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail

AUTORISIERTE ANSPRECHPARTNER BUCHHALTUNG

Ansprechpartner 1 (Buchhaltung)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail
Ansprechpartner 2 (Buchhaltung)	Telefonnummer inkl. Durchwahl	E-mail
e-mail Rechnungsadresse		

BANK INFORMATIONEN

Bank	Name	Kontoinhaber
	IBAN	BIC

RMA Regelung für supplies (=defekte Ware, keine Anlieferschäden), bitte ankreuzen

1:1 Gutschrift	<input type="checkbox"/>	
1:1 Austausch	<input type="checkbox"/>	
0,3% Gutschrift auf die getätigten Q-Umsätze	<input type="checkbox"/>	



WELCHE MARKEN BIETEN SIE GENERELL AN UND BEI WELCHEN MARKEN HALTEN SIE EINEN DIREKTEN VERTRAG? (BITTE ANKREUZEN)

MARKE	ANGEBOT	VERTRAG	MARKE	ANGEBOT	VERTRAG	MARKE	ANGEBOT	VERTRAG
BROTHER			KYOCERA			RICOH		
CANON			LEXMARK			SAGEM		
DELL			PRX			SAMSUNG		
DEVELOP			OKI			SHARP		
EPSON			OLIVETTI			TALLY		
HP			OCE			TOSHIBA		
KODAK			PANASONIC			UTAX		
KONICA MINOLTA			PHILIPS			XEROX		

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Internet : Google: Yahoo: Bing : sonstige : _____

Suchbegriffe: _____

Empfohlen von: _____

Hiermit bestätigen wir, dass alle o.g. Informationen korrekt sind und die Allgemeinen Geschäfts- und Lieferbedingungen gelesen, verstanden und akzeptiert wurden (www.axro.de/DE/de/terms.php)

_____ Datum, Ort Geschäftsführer Unnterschrift Firmenstempel