



Johnson & Johnson AB Att: Vision Care
Kolonnvägen 45, SE-170 67 Solna, Sweden
Tel: 020 1605663 Fax: 08 7543577
RA-NordicsCustServic@ITS.JNJ.com

Ny kontoansökan

Alla fält är obligatoriska - vänligen se till att alla fält är ifyllda. Om ett fält ej gäller för er, vänligen fyll i N/A. Er ansökan kommer att nekas om ett fält ej är ifyllt.

Fullständigt registrerat firmanamn:	<input type="text"/>
Fullständigt företagsnamn (om olika)	<input type="text"/>
Ägare/vd för företaget:	<input type="text"/>
Juridisk Enhetstyp:	<input type="checkbox"/> Organisationsnummer: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Delägande/Egenföretagare
Momsreg.nr.:	<input type="text"/>
Verksamhetstyp:	<input type="checkbox"/> Optiker <input type="checkbox"/> Ögonläkare <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Distributör <input type="checkbox"/> Annan <input type="text"/>

Delägande/Egenföretagare

Om ej aktiebolag, ange ägarens, vid delat ägande ange samtliga delägars namn, hemadress, telefonnummer och födelsedatum. Vid fler än 2 delägare, ange detta på ett separat papper.

Namn: Ägare/Delägare	<input type="text"/>
Hemadress:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
Personnummer:	<input type="text"/>
Namn: (Delägare 2)	<input type="text"/>
Hemadress:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>

Personnummer:

Butiksuppgifter

Ingår företaget i en kedja eller inköpsgrupp? Om ja, kryssa för och fyll i namn på kedja eller inköpsgrupp.

Hur länge har nuvarande ägare/vd drivit verksamheten: år och månader.

Om denna verksamhet har upkommit genom förvärv av en annan verksamhet, vänligen ange säljarens namn och kundnummer.

Kontonamn:

Förvärvsdatum:

Beräknad månatlig omsättningen (om känt)

Faktureringsnamn och adress

Företagets registrerade firma adress som kommer att faktureras. Om ni vill att produkter skall levereras till en annan adress. Vänligen fyll i leveransadress uppgifter nedan.

Gatuadress:

Gatuadress 2:

Gatuadress 3:

Gatuadress 4/Box:

Postnummer:

Ort:

Tel:

Fax:

E-postadress:

Hemsida:

Ekonomiavdelningens kontakt detaljer

Namn:

Tel:

E-postadress:

Leveransnamn och adress

Bör enbart fyllas i om ni vill att produkter skall levereras till en annan adress än faktureringsadressen.

Namn:	
Gatuadress:	
Gatuadress 2:	
Gatuadress 3:	
Gatuadress 4/Box:	
Postnummer:	
Ort:	
Tel:	
Fax:	
E-postadress:	

Den information ni lämnar på denna blankett kommer att användas för att lägga upp och administrera ert konto och för finansiella transaktioner i samband med inköp, fakturering och leverans av produkter från Johnson & Johnson Vision Care Companies.

Johnson & Johnson Vision Care Companies är ett globalt företag och er information kan komma att delas med vår globala organisation via våra säkra globala system. Informationen kommer endast att användas i enlighet med lokal lagstiftning och vår personuppgiftspolicy, och kommer att förvaras säkert. Vi kommer inte att lämna ut era uppgifter till tredje part förutom för de ändamål som beskrivs i denna policy.

Vi kommer att ta en kreditupplysning på ert företag och spara en notering om detta i våra register. Vi kan komma att dela denna information med övriga företag i Johnson & Johnson-koncernen. Vi kan även göra förfrågningar om företagsledning/delägare hos kreditupplysningsföretag.

Notera: Om detta konto inte används på 12 månader kommer det att inaktiveras och avslutas.

Vi intygar att ovanstående uppgifter enligt vår kännedom är riktiga och bekräftar och accepterar även handelsvillkoren.

Namn-teckning:



Johnson & Johnson Vision Care Companies är en del av Johnson & Johnson AB 2017 - VI1118SE