

DATA WYPEŁNIENIA: ...../...../.....  
dzień/miesiąc/rok

**WNIOSEK UŻYTKOWNIKA O ZMIANĘ OBSŁUGI SERWISOWEJ KASY REJESTRUJĄCEJ.**  
!!! WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI !!!

**UŻYTKOWNIK KAS (DRUKAREK):**

NIP:		Tel.:		Fax:	
Nazwa firmy:					
Kod pocz.:		Miejscowość:		Adres:	
Adres użytkownika kasy:					

**KASY REJESTRUJĄCE** (w przypadku większej ilości kas, dołączyć zbiorczą listę z poniższymi danymi dla każdej kasy/drukarki):

	1 kasa/drukarka	2 kasa/drukarka	3 kasa/drukarka	4 kasa/drukarka
Typ kasy:				
Nr fabryczny:				
Nr unikatowy:				
Data zakupu kasy:				

**URZĄD SKARBOWY** (właściwy dla miejsca rozliczania podatku VAT przez użytkownika):

Urząd Skarbowy:			
Adres:		Tel.:	

**SERWIS DOTYCHCZASOWY:**



**SERWIS PRZEJMUJĄCY OBSŁUGĘ:**

Nazwa firmy:			
Adres firmy:			
Tel. kontakt:		Status	

Nazwa firmy:	AMB s.c.		
Adres firmy:	Al. Zwyci stwa 236 81-540 Gdynia		
Tel. kontakt:	(58) 664-94-55	Status	
Serwisant 1	imię, nazwisko	Nr leg.	
Serwisant 2	imię, nazwisko	Nr leg.	

**Wypełnić OBOWIĄZKOWO**

Przyczyny zmiany serwisu (podać uzasadnienie):

**Wypełnia ELZAB**

Zadłużenie	
Blokada SERWISU	
Decyzja HS	
Decyzja HM	

**UWAGA:**

- Koszty podstawowe zmiany serwisu wynoszą **100zł +23%VAT** (razem brutto: **123zł**) od każdego urzędzenia fiskalnego.
- Wniosek należy przesłać: faxem na nr (32) 272-81-90, bądź jako załącznik dołączony do poczty elektronicznej (zmianyserwisu@elzab.pl) lub listownie na adres: ZUK ELZAB S.A. ul. Kruczkowskiego 39, 41-813 Zabrze, z dopiskiem: Dział Obsługi Klienta. **Uwaga: nie ma potrzeby dublowania wysyłki np. faxem i listownie!!!**
- ELZAB S.A. zastrzega sobie prawo zmiany do zmiany firmy serwisowej proponowanej we wniosku.

**Wnioski wypełnione nieczytelnie, niekompletnie będą rozpatrywane dopiero po ich odpowiednim uzupełnieniu.**

.....  
Serwis dotychczasowy  
podpis i pieczęć

.....  
Serwis przejmujący  
podpis i pieczęć

.....  
Użytkownik kas  
potwierdzam wiarygodność podanych w/ informacji  
podpis i pieczęć