 Data ……………………………

**WNIOSEK O ZMIANĘ PROWADZĄCEGO SERWIS KAS**

**WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WŁAŚCICIELA KAS** | | | | | | | |
| Nazwa: ……………………………………………………...................................................……………………………………………………………………….  Adres: …………………………………………………………………………..………...........................................….. Kod pocztowy: …………........…………  Miejscowość: …………………….......................…………. NIP: …………........................………………….. Tel. ……....…………………………………….. | | | | | | | |
| **DANE KAS REJESTRUJĄCYCH** (w przypadku większej ilości kas należy dołączyć listę zbiorczą z poniższymi danymi) | | | | | | | |
| Model/Typ |  | |  |  | |  | |
| Nr fabryczny |  | |  |  | |  | |
| Nr unikatowy |  | |  |  | |  | |
| Data fiskalizacji |  | |  |  | |  | |
| **URZĄD SKARBOWY** (właściwy dla miejsca instalacji kas) | | | | | | | |
| Urząd skarbowy: …………………….……………...................................................……………………………………………………………………………….  Adres: …………………………………………………………………………..………............................................….. Kod pocztowy: …….......………………  Miejscowość: ………………………………. …………....................………….. Tel. ……………...............................….……………………………………….. | | | | | | | |
| **DANE FIRMY PRZEKAZUJĄCEJ SERWIS** | | | | | | | |
| Nazwa: ……………………………………………...................................................……………………………………………………………………………….  Adres: …………………………………………………………………………..………...........................................….. Kod pocztowy: ………........……………  Miejscowość: ………………………………. ……...................………………… Tel. ………………................................…………………...………………….. | | | | | | | |
| **DANE FIRMY PRZEJMUJĄCEJ SERWIS** | | | | | | | |
| Nazwa: GVC Tax Sławomir Sobecki, Maciej Wolański Sp.J.  Adres: ul. Kościuszki 178/1b Kod pocztowy: 50-437 Miejscowość: Wrocław  Tel. 71 342 55 50  Imię i nazwisko serwisanta 1 Maciej Wolański Nr legitymacji INC0155 | | | | | | | |
| **POWÓD ZMIANY SERWISU** (dokładny opis) | | | | | | | | |
| ………………….…………………….………………………………………...................................................…………………………………………………….  …………………………………………………………………………..…………………...................................................………………….…………………… ………………………………. …………………………………………..……………….……...................................................………………………………….. | | | | | | | | |
| …………………………………...…… | | ………………………………………...… | | | ………………………………….....…… | |
| **Serwis przekazujący** | | **Właściciel** | | | **Serwis przejmujący** | |
| (podpis i pieczątka) | | (podpis i pieczątka) | | | (podpis i pieczątka) | |

1. Opłata manipulacyjna za zmianę prowadzącego serwis kas wynosi 100zł netto za każde urządzenie.
2. Opłata nie jest pobierana w przypadku likwidacji dotychczasowego serwisu lub wykonywania usług serwisowych niezgodnie z obowiązującym prawem.
3. INCOTEX POLSKA Sp. z o.o. zastrzega sobie prawo do zmiany firmy przejmującej serwis.
4. Przekazanie serwisu nastąpi po wniesieniu przez użytkownika kasy opłaty na konto firmy INCOTEX POLSKA Sp. z o.o. w Nordea Bank Polska S.A.

Nr konta: 14 1440 1101 0000 0000 0483 3578

1. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku i otrzymaniu opłaty INCOTEX POLSKA Sp. z o.o. wystawi fakturę VAT.

**INCOTEX POLSKA Sp. z o.o.;** Al. Piłsudskiego 114; 05-260 Marki; NIP: 521-33-87-557 tel. +48 22 374 89 71; fax +48 22 353 94 63; [http://www.incotex.pl;](http://www.incotex.pl/) e-mail: incotex@incotex.pl