

Formulaire d'avis de changement

Téléphone gratuit 0800 55 44 33

Fax gratuit 0800 55 44 34

info@cashgate.ch

www.cashgate.ch

Veillez utiliser ce formulaire pour nous informer d'éventuels changements. Merci beaucoup!

Informations personnelles

| | |
|------------|---|
| Titre | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Prénom | <input type="text"/> |
| Nom | <input type="text"/> |
| Rue, n° | <input type="text"/> |
| NPA | <input type="text"/> Canton <input type="text"/> |
| Lieu | <input type="text"/> |
| Téléphone | <input type="text"/> |
| Contrat n° | <input type="text"/> |
| Client n° | <input type="text"/> |

Changement de nom

| | |
|-------------|--|
| Rue, n° | <input type="text"/> |
| NPA | <input type="text"/> Canton <input type="text"/> |
| Lieu | <input type="text"/> |
| A partir du | <input type="text"/> |

Changement de nom Veillez joindre une nouvelle copie de pièce d'identité valable

| | |
|--------|----------------------|
| Prénom | <input type="text"/> |
| Nom | <input type="text"/> |

Changement de relation bancaire pour le débit direct Veillez noter que nous devons recevoir ce formulaire au moins 10 jours avant le paiement de la prochaine mensualité.

| | |
|-------------|----------------------|
| Banque | <input type="text"/> |
| IBAN | <input type="text"/> |
| Clearing n° | <input type="text"/> |

Par ma signature, j'autorise cashgate à prélever sur mon compte les mensualités de mon contrat de crédit/de leasing.

Lieu et date

Signature

Veillez s.v.p. envoyer ce formulaire à l'adresse suivante:

cashgate SA, Place Chauderon 20, Case postale 270, 1000 Lausanne 22

cashgate.-

credit & leasing

Partenaire de banques suisses renommées.