**Έντυπο αλλαγής Συνεργάτη**

|  |  |
| --- | --- |
| **Προς** | **PROSVASIS Α.Ε.Β.Ε** |
| **Τηλ. #** | 210 33 22 700 |
| **Fax #** | 210 33 22 799 |
| **Ημ/νία** |  |
| **Θέμα** | **Αλλαγή Συνεργάτη** |

**Χ**

Κανονικό Επείγον

Σας ενημερώνουμε ότι από την // την εξυπηρέτηση και υποστήριξη όλων των εφαρμογών **PROSVASIS** που έχουμε προμηθευτεί στην Εταιρία μας αναλαμβάνει κατ’ εντολή μας ο Συνεργάτης σας

|  |  |
| --- | --- |
| **Στοιχεία Εντολέα** |  |
| Επωνυμία Εταιρίας |  |
| ΑΦΜ |  |
| Serial Number εφαρμογής(ών) |  |
|  |
| Υπεύθυνος ενημέρωσης |  |
|  | |
| **Αιτία Αλλαγής Συνεργάτη:** | |
|  | |
|  | |
|  | |

Για την Εταιρία

(Σφραγίδα – Υπογραφή)