

Händler Pre-Check Formular

Damit Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeitet werden kann, füllen Sie bitte dieses Formular* aus. Sobald Ihre Angaben geprüft und genehmigt, sind erhalten Sie die Vertragsunterlagen und die Lizenzvereinbarung.

| | |
|-----------------|--|
| Händlername | |
| Straße | |
| PLZ / Ort | |
| Land | |
| Geschäftsführer | |
| Ansprechpartner | |
| Telefon | |
| Telefax | |
| Mobil | |
| eMail | |
| Website | |
| Ust.-Ident.-Nr. | |
| Handelsreg.-Nr. | |

| | |
|--|--|
| Gründungsjahr | |
| Geschäftszweck | |
| Beschreibung der Produkte/Services | |
| Beschreibung Preise, Art u. Dauer der Mitgliedschaft | |
| Angabe der URL(s) | |

| | | |
|-------------------------------------|----|------|
| Nutzen Sie ein Call Center | Ja | Nein |
| Nutzen Sie einen Erfüllungsgehilfen | Ja | Nein |

| | |
|---|--|
| Aktueller Processor | |
| Aktueller Acquirer | |
| Seit wann arbeiten Sie mit dem Processor / Acquirer | |
| Durchschnittl. Transaktionsbetrag | |
| Monatl. Processing Volumen | |
| Gewünschte Processing Währung | |
| Gewünschte Settlement Währung | |

| Transaktions Historie | Vormonat | 2 Monate davor | 3 Monate davor | 4 Monate davor | 5 Monate davor | 6 Monate davor |
|-----------------------|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Umsatzvolumen | | | | | | |
| Anzahl Transaktionen | | | | | | |
| Chargeback Volumen | | | | | | |
| Anzahl Chargebacks | | | | | | |
| Refunds Volumen | | | | | | |
| Anzahl Refunds | | | | | | |

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte speichern Sie dieses Dokument auf Ihrem Computer und senden es per mail an uns zurück: info@axpay.de

*Bitte alle Felder ausfüllen