

Händler Antrag / AVCOM Distribution GmbH

Firma: _____

Telefon: _____

Strasse: _____

Telefax: _____

PLZ, Ort: _____

Handy: _____

Kontaktperson: _____

Website: _____

Datum Firmengründung: _____

Email: _____

Anzahl Mitarbeiter: _____

Geschäftsführer: _____

Ort, Datum: _____

Firmenstempel: _____

mit den AGB's einverstanden

Interfunk Mitglied

GLN falls vorhanden _____

Unterschrift: _____

AVCOM Distribution GmbH, Siggenthalerstrasse 16, 5303 Würenlingen, Tel. 056 290 04 90,
Fax. 056 290 04 91, www.avcom.ch, info@avcom.ch, AKB IBAN: CH57 0076 1016 1142 9124
2, HR- Auszug: CH-400.4.028.424-3