



VALTAKIRJA FULLMAKT PROXY

Suoraveloitus Direktdebitering Direct debit

LASKUTETTAVA FAKTURAMOTTAGARE INVOICE ADDRESSEE

Nimi Namn	
Jakeluosoite Utdelningsadress	
Postinumero Postnummer	
Osoitetoimipaikka Adressanstalt	

LASKUTTAJA FAKTURERARE INVOICER

Laskuttajan nimi Fakturerarens namn Invoicer's name	Y-tunnus FO-nummer Business ID								
ACN COMMUNICATIONS FINLAND OY	1	5	7	1	9	5	4	-	4
Jakeluosoite Utdelningsadress Street address									
P.O. BOX 3420									
Postinro Postnr Post code	Osoitetoimipaikka Adressanstalt Post office								
0 0 0 0 2	HELSINKI, SUOMI								
Laskuttajan yhteyshenkilö Kontaktperson hos faktureraren Invoicer's contact person	Puhelinnumero Telefonnummer Phone								
ASIAKASPALVELU KUNDTJÄNST	+358 972519327								

LASKUN AIHE FAKTURAGRUNG PAYMENT REASON

Suoraveloituksen palvelutunnus Servicekod för direktdebitering Servicecode for direct debit	Laskun aihe Fakturagrund Payment reason	Asiakasnumero, kuluttajanumero tai vastaava Kundnummer, konsumentnummer eller motsvarande Customer no., consumer no. etc.							
2 1 5 7 1 9 5 4 4	ACN DIGITAL PHONE SERVICE								

LISÄTIETOJA TILLÄGGUPPGIFTER ADDITIONAL INFORMATION

--

VALTUUTUS FULLMAKT AUTHORIZATION

Valtuutan laskuttajan veloittamaan tässä valtakirjassa mainitut laskut alla olevalta tililtäni.
Hyväksyn kääntöpuolella olevat suoraveloituksen ehdot ja sitoudun noudattamaan niitä.
Jag befullmäktigar faktureraren att debitera mitt nedan stående konto med de fakturor som anges i denna fullmakt.
Jag godkänner villkoren för direktdebitering på omstående sida och förbinder mig att iakttä dem.

Valtuuttajan nimi Fullmaktsgivarens namn
--

Tilinumero Kontonummer Account no.																			

Päivämäärä ja paikka Datum och ort (dd-mm-yyyy)																				

Valtuuttajan allekirjoitus Fullmaktsgivarens underskrift
--