



**A. B. S.**  
FACTORING

## A.B.S. Factoring AG

Thumegger Str. 2  
A-5033 Salzburg

Kunde	Nr.
-------	-----

### Antrag auf

Limit

Limitempfehlung

Normal

Express

Für (Angaben über den Abnehmer)	
Abnehmer-Nr. Kunde	Abnehmer-Nr. A.B.S. Factoring

Bei nicht protokollierten Einzelunternehmen
Name des Inhabers
Freie Bezeichnung (Name des Unternehmers)

Bei protokollierten Unternehmen (AG, Ges.m.b.H., OHG, KG, etc.)
Firmenwortlaut

Anschrift	Tel.
-----------	------

Bankverbindung
----------------

Zahlungskonditionen
---------------------

Bisher gültige(s) Limit/Limitempfehlung	Währung	Beantragte(s) Limit/Limitempfehlung:
---	---------	--------------------------------------

Datum	Unterschrift/Stempel
-------	----------------------

Original: A.B.S. Factoring, blaue Kopie verbleibt beim Absender