



KREDİ KARTI MAIL ORDER FORMU

Müşteri Adı Soyadı :
Kart Sahibi Adı Soyadı :
Adres :

Tarih:

Telefon : Cep :

KARTIN ALINDIĞI BANKA :

VISA :

MASTERCARD :

KART NO

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

AY

YIL

Son Kullanma Tarihi:

		/		
--	--	---	--	--

Güvenlik Kodu:

--	--	--

Varsa Taksit Sayısı : Taksit

Ödeme Tutarı (Rakamla) : TL

Ödeme Tutarı (Yazıyla) : TL

Ödeme Tarihi :

Gola Sağlık Hizmetleri Med. Org. Yay. Tic. Ltd. Şti. hizmet bedeline ait ödemenin adıma düzenlenmiş detayları yukarıda belirtilen (VİSA / MASTER) kredi kartımdan tahsilini ve bu hususta ayrıca başka yazılı izin almasına gerek olmadığını kabul ve taahhüt ederim

Kart numarasının değişmesi son kullanma tarihinin geçmesi çalınması kaybolması durumunda gerekli yerlere başvuru yapacağımı satıcı kurumun bu durumla ilişkilendirilmeyeceğini taahhüt ederim.

Önceden vermiş olduğum ödeme tarihinde iptalini istenmesi veya ödenmemesi söz konusu değildir.

Formun aslının gönderilmesi gerekmektedir.

Evrak imzalandığı tarihten itibaren işleme girer İADESİ / İPTALİ talep edilemez.

EK: Nüfus Cüzdanı fotokopisi

AD SOYAD
İMZA