

KREDİ KARTI İLE HİZMET VE ÜRÜN ÖDEME TALİMATI

Müşteri Bilgileri

Firma Ünvanı	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Telefon no	<input type="text"/>

Kredi Kart Bilgileri

Adı Soyadı/Ünvanı	<input type="text"/>					
Kartı Veren Banka	<input type="text"/>	visa <input type="checkbox"/>	mas <input type="checkbox"/>			
Kart Numarası	<input type="text"/>	TARİH	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Güvenlik Numarası	<input type="text"/>	KARTIN ARKASINDAKİ SON 3RAKAM	Taksit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aşağıda belirttiğim faturaya ait olan bu ödeme talimatının yürürlüğe gireceği tarihi itibari ile yukarıda bilgilerini verdiğim kredi kartı hesabımdan karşılanmasını beyanla kabul ve taahhüt ederim.

Kredi Kartı ile Ödemesi Yapılacak Faturanın Bilgileri

Fatura No :	<input type="text"/>
Ürün modeli :	<input type="text"/>
Fatura Tutarı :	<input type="text"/>
Fatura Tutarı (Yazı ile)	<input type="text"/>

Kart sahibi Vega Medikal Bilg.İth.İhr.Paz.Ltd.Şirketine aksine bir talimat vermedikçe, yukarıdaki fatura ile ilgili olarak kredi kartı hesabına yapılan borç kayıtlarını, kartı veren bankaya ödemeyi kabul ve taahhüt eder.

KAŞE - İMZA

KART SAHİBİ İSİM İMZA

- * ÖDEME TALİMATINIZ VEGA MED.BİLG.İTH.İHR.PAZ.LTD.ŞİRKETİNİN SİSTEMİNE GİRİLDİĞİ TARİHDE GEÇERLİ OLACAKTIR
- * KART NUMARANIZ DEĞİŞTİĞİ TAKDİRDE KREDİ KARTI İLE ÖDEME TALİMATI'NIZI YENİLEYİNİZ.
- * LÜTFEN DOLDURDUĞUNUZ BU FORMU ŞİRKETİMİZ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE ELDEN, KARGO/FAKS İLE İLETİNİZ.
- * GEREKTİĞİNDE İBRAZ İÇİN BU FORMUN NÜSHASINI SAKLAYINIZ.
- * KART SAHİBİNİN KİMLİK FOT. MUTLAKA ALINIZ.