

# Kredi Kartı ile Ödeme Talimatı

Satılan Ürün Adı

**KARTIN BAĞLI OLDUĞU BANKA**

GARANTİ ( )

FİNANSBANK ( )

AKBANK ( )

YAPI KREDİ ( )

Ödeme yapmak istediğim kredi kartımın cinsi

Visa

Mastercard/Eurocard

Diğer

Kart Numarası

Kredi kartı son kullanma tarihi

Ay

Yıl

Kredi kartı güvenlik numarası

Toplam Ödenecek Tutar

Toplam Ödenecek Tutar (Yazı İle)

Yukarıda satılan ürün olarak belirtilen ürünün bedelinin ödemesinde , numarasını belirttiğim kredi kartımdan tahsil edilmesi konusunda Tartı Medikal Dış Ticaret ve Pazarlama Ltd.Şti'ne yetki veriyorum.

**TARİH**

**AD-SOYAD**

**İMZA**

**FATURA KİMİN ADINA DÜZENLENECEK**

**FATURA ADRESİ**

**ÜRÜN TESLİM ADRESİ**

**TELEFON NUMARANIZ**

**VERGİ DAİRESİ**

**VERGİ NO**

DOLDURMUŞ OLDUĞUNUZ BU FORMU, BİLGİLERİNİ YAZMIŞ OLDUĞUNUZ KREDİ KARTINIZIN VE KİMLİĞİNİZİN ARKALI ÖNLÜ ÇEKİLMİŞ FOTOKOPİSİ İLE BİRLİKTE 0212.3270998 NOLU FAKSA GÖNDERİNİZ.

**LÜTFEN FORMU İMZALAYINIZ VE İMZALANMIŞ HALDE TARAFİMİZE ULAŞTIRINIZ.**

NOT: Ambalajı açılmış ürünler tarafımızca iade alınmaz.