



TARİH: _____

ELMASLAR İML. TIBBİ CİH.İNŞ.TAŞ.İTH.İHR.SAN. VE TİC.A.Ş. (MAIL ORDER) ÖDEME FORMU

Müşteri Adı Soyadı / Firma Adı (Bayi) :

Kart Sahibi Adı Soyadı:

Adres:

GSM (Cep) :

Kredi Kartının Alındığı Banka:

KART NO

- Lütfen 16 Haneli Kredi Kartı Numaranızı aşağıda yer alan KART NO bölümüne yazınız

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

SON KULLANMA TARİHİ:

- Kartınızın Son Kullanma tarihini Kartta yazıldığı gibi AY ve YIL Olarak doldurunuz.

AY		YIL	

Güvenlik Kodu:

--	--	--

Ödeme Tutarı (Rakamla) : TL

Ödeme Tutarı (Yazıyla) : TL

Ödeme Tarihi :

- Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu ve özgür irademle yazdığımı kabul ediyorum.
- Alınan mal veya hizmet bedelinin **ELMASLAR İML. TIBBİ CİH.İNŞ.TAŞ.İTH.İHR.SAN. VE TİC.A.Ş.** tarafından, yukarıda belirtilen bilgiler doğrultusunda, alacak olarak kaydedilmesini beyan ederim.
- Kart numarasının değişmesi, son kullanma tarihinin geçmesi, çalınması, kaybolması durumunda, gerekli yerlere yasal başvuru yapacağımı, satıcı kurumun bu durumla ilişkilendirilmeyeceğini taahhüt ederim.
- Önceden vermiş olduğum ödeme tarihinde, ödemenin iptalinin istenmesi veya ödenmemesi, söz konusu değildir.

Ad/Soyad ve İmza :

İmza/Firma Kaşe (Bayi):

ELMASLAR A.Ş.

- Formun aslının **ELMASLAR İML. TIBBİ CİH.İNŞ.TAŞ.İTH.İHR.SAN. VE TİC.A.Ş.** gönderilmesi gerekmektedir.
- Yukarıda Kredi Kart Sahibi Olarak Belirtilen Şahsın, Onay işlemi için Nüfus Cüzdan Örneği gerekmektedir. Lütfen Form ile birlikte ek olarak,
*Kredi kart Sahibinin Nüfus Cüzdan Örneğini (Kimlik Fotokopi) gönderiniz.
*Lütfen bilgileri doldurduktan sonra, İmza ve Firma Kaşenizi vurmayı unutmayınız.