



NET Kamera ve Fiber Optik İletişim Sistemleri

KREDİ KARTI (MAİL ORDER) ÖDEME TALİMATNAMESİ

Kart Sahibinin Adı Soyadı	<input type="text"/>
Kartın Alındığı Banka	<input type="text"/>
Kredi Kartı Cinsi	Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Euro Card <input type="checkbox"/>
Kart Numarası	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Güvenlik (CCV) Numarası	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Son Kullanma Tarihi <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Ödeme Seçenekleri	Peşin <input type="checkbox"/>
Tutar (Rakam olarak) TL	<input type="text"/>
Tutar (Yazı olarak) TL	<input type="text"/>

Yukarıda belirttiğim tutarın NET Kamera ve Fiber Optik İletişim Sistemleri / Ayhan EFE Tarafından hesabımdan çekilmesine muvafakat ettiğimi kabul ve beyan eder, aldığım mal ve/veya hizmetlerin aşağıdaki bilgilere göre fatura edilmesini rica ederim.

Fatura Adı	<input type="text"/>		
Fatura Adresi	<input type="text"/>		
TC Kimlik No	<input type="text"/>		
Vergi Dairesi	<input type="text"/>	Vergi No	<input type="text"/>
Telefon (ev & iş)	<input type="text"/>		
Fax	<input type="text"/>		
e-mail	<input type="text"/>		

Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu kabul ediyorum, alınan mal ve/veya hizmet bedelinin NET Kamera ve Fiber Optik İletişim Sistemleri / Ayhan EFE . tarafından yukarıda belirttiğim kredi kartımdan çekilmesini, kart numarasının değişmesi, son kullanma tarihinin geçmesi, çalınması, kaybolması durumunda gerekli yerlere başvuru yapacağımı ve satıcı kurumun bu durumla ilişkilendirilmeyeceğini taahhüt ederim. Herhangi bir nedenden dolayı kredi kartımdan tahsil edilememesi durumunda belirtilen tutarı nakden ve defaten NET Kamera ve Fiber Optik İletişim Sistemleri / Ayhan EFE 'ye ödeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim. Uyuşmazlık halinde yetkili merci Kocaeli Mahkemeleridir.

Adı-Soyadı :

Firma Ka esi :

İmza

Tarih :

Yukarıdaki formun doldurularak kart sahibinin kimlik fotokopisi ile beraber

0262 324 70 45 numaralı Fax 'a iletilmesi gereklidir.