

## MAIL ORDER BİLGİ FORMU

Müşteri İsmi:			
Fatura adresi			
Firma ise	Vergi dairesi:	No:	
Şahıs ise	Sosyal güvenlik kurumu:	Sicil no:	

### KART SAHİBİNİN

Adı Soyadı:			
Baba Adı:			
Ev Telefonu:			
Ev Adresi:			
Cep Telefonu:			
İş Telefonu:			
İş Adresi:			
E-mail Adresi:			

### BANKA BİLGİLERİ

Hangi Bankanın Kredi Kartı:			
Kredi Kartı Tipi ve Türü:			

Kart Numarası	Güvenlik Kodu	Geçerlilik Tarihi

### ÖDEME BİLGİLERİ

Ödenecek Tutar (TL) :			
Döviz Tutar:			
Döviz Kuru:			
Taksit Sayısı:			

Tarih : ..... / ..... / .....

İmza :

Kaşe :

NOT: Kredi kartı formunuzu doldurduktan sonra en geç sevkiyat saatlerimizden **60 dakika öncesine** kadar göndermeniz gerekmektedir. Banka teyit işlemleri bu süre içerisinde yapılacağından geç gönderilen siparişlerin sevkiyatlarında da gecikme yaşanacaktır. Aynı iş günü mesai saatleri içerisinde gönderilmeyen formlar, **bir sonraki günün kuru** esas alınarak tekrar hesaplanacak ve tahsilât bu tutar üzerinden yapılacaktır.

#### EKLER:

- Kredi kartı önlü arkalı fotokopisi
- Nüfus cüzdanı fotokopisi

Medikalmarketim.com