

MAİL ORDER BİLGİ / KREDİ KARTI İLE ÖDEME FORMU

MÜŞTERİ BİLGİLERİ

ADI / ÜNVANI: _____
SOYADI: _____
ADRESİ : _____
EV TEL : _____ İŞ TEL: _____
CEP TEL: _____ e-mail: _____
VIESSMANN MÜŞTERİ KODU: 8000 _____ Sipariş No: _____

ÖDEME PLANI

	TAKSİT SAYISI	TOPLAM ÖDEME TUTARI
ÖDEME TUTARI	_____	_____ ☐ POS tan çekildi

KREDİ KARTI BÖLÜMÜ

KREDİ KARTI TÜRÜ : ☐ VISA ☐ EUROCARD/MASTERCAD
KREDİ KARTI NO :
GÜVENLİK NO (CVV, CVC) : KARTIN BANKASI: _____
KREDİ KARTI SON KULLANMA TARİHİ : AY YIL

KOZMOKLİNİK KOZMETİK VE MEDİKAL ÜRÜNLER PAZARLAMA TİC. A.Ş. yukarıda bilgileri ve vadeleri belirtilen ödemeleri belirtilen kredi kartı hesabımdan tahsil etmeye yetkilidir. Kredi Kartımın/bildirdiğim kredi kartının değiştirilmesi durumunda yeni kredi kartına ilişkin bilgiler tarafımdan şirketinize bildirilecek olup, cari hesap tutarının tahsilatının yeni kredi kartı hesabımdan yapılması için, **KOZMOKLİNİK'E** yetki veriyorum. Önceden vermiş olduğum ödeme tarihinde, ödemenin iptalinin istenmesi veya ödenmemesi söz konusu değildir. Herhangi bir ödenecek borcumun şahsımın veya bildirmiş olduğum 3. şahsa ait kredi kartı hesabından provizyon alınamaması nedeniyle tahsil edilememesi durumunda veya kredi kartının iptali, son kullanma tarihinin geçmesi, kartın çalınması/ kaybolması vb. nedenlerle tahsil edilememesi durumunda ise tüm sorumluluğun şahsıma ait olacağını; kalan tüm borcumu ödeme tarihinden itibaren %..... gecikme farkı ile avukatlık ücreti, icra ve mahkeme masrafı birlikte diğer masrafları nakit olarak ödeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim. Anlaşmazlık durumunda İstanbul Anadolu Mahkemeleri yetkilidir. Kredi kartımdan çekilen TL mal/hizmeti eksiksiz olarak teslim aldım.

MÜŞTERİ

TARİH

KAŞE VE İMZA

ADI SOYADI: / /

KART SAHİBİ-----

*****BU BÖLÜM KREDİ KARTININ MÜŞTERİNİN HARİCİNDEKİ KİŞİLERE AİT OLDUĞU DURUMDA DOLDURULACAKTIR.

Kredi kartım ile/...../20... Tarihinde yapmış olduğum ödeme..... isimli şahıs/firmanın KOZMOKLİNİK KOZMETİK VE MEDİKAL ÜRÜNLER PAZARLAMA TİC. A.Ş.'ye olan borcuna mahsup edilmek üzere ödenmiş olup, bu ödemenin söz konusu şahıs/firmanın KOZMOKLİNİK KOZMETİK VE MEDİKAL ÜRÜNLER PAZARLAMA TİC. A.Ş. nezdindeki ilgili her türlü hesabına mahsup- virman edilmesini, ayrıca; işbu meblağların tarafımdan KOZMOKLİNİK KOZMETİK VE MEDİKAL ÜRÜNLER PAZARLAMA TİC. A.Ş. tarafından talep ve tahsilini engelleyecek veya geciktirecek herhangi bir beyan, talep, ihbar, ihtar vs. işlem ve/veya eylemde bulunmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt ederim. Kredi kartımdan çekilen TL mal/hizmeti eksiksiz olarak teslim aldım.

(KART SAHİBİ ADI SOYADI-İMZASI)

FİRMA KAŞE-İMZA