

CREDIT CARD CHARGE FORM
Форма к оплате кредитной картой

Name of cardholder/ Имя владельца карточки

Credit Card Name/ Название карты
(MASTERCARD, VISA, JCB, DINERS CLUB)

Card Number/ Номер карты

Expiry Date/ Срок действия

Amount Billed in Words/ Сумма к оплате
прописью _____

In Figures/ в цифрах _____

Payments Details/ Детали платежа _____

I, hereby, agree to pay to Limited liability company «Academical medical center» according to the details stated above.

Я согласен оплатить все счета, выставленные мне ООО «Академический медицинский центр» в соответствии с деталями, изложенными выше.

Passport/Паспорт

(Signature/Подпись)

Date/ Дата

This form is not valid if not accompanied by photocopies of the credit card from both sides and after the date shown on the right _____

Данная форма действительна только при наличии фотокопий карты с двух сторон и до даты, указанной справа.

You should fill in the registration form and send it by fax +7 (812) 293-99-10; 740-74-62 or via e-mail to the address: amcorg@mail.ru. In the latter case we need your facsimile signature to make the form valid.

Вы можете выслать форму к оплате кредитной картой вместе с копией карты по факсу: +7 (812) 293-99-10; 740-74-62 или по e-mail: amcorg@mail.ru