

**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](mailto: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](mailto:amcorg@mail.ru)