

MAIL ORDER FORM	ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş. SANDIKLI THERMAL PARK HOTEL Hüdaî Kaplıcaları Mevkii Sandıklı / Afyonkarahisar Tel: 0 272 220 33 33 – 535 70 70 Fax: 0 272 535 72 72
------------------------	---

Adı Soyadı			
Adres			
Telefon		Rez. Numarası	
Kart Sahibinin Adı Soyadı			
Kart Numarası	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Son Kullanma Tarihi	<input type="text"/> / <input type="text"/>	CVV2 / CVC2 Kodu	<input type="text"/>
İşlem Tutarı	Rakamla	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Yazıyla		

Sandıklı Thermal Park Hotel 'de/...../..... -/...../..... tarihleri arasında, adına, oda, toplam gece konaklama bedeli olarak yukarıda belirtilen tutarı, kredi kartı ödeme türüyle tek çekim olarak satın aldım.

Adıma düzenlenmiş yukarıda numarası yazılı olan (VISA / MASTERCARD) kredi kartımdan yukarıda belirtilen tutarın belirtilen tarihte tahsilini ve bu hususta ayrıca başka yazılı izin alınmasına gerek olmadığını kabul ve taahhüt ederim. Ayrıca rezervasyonumun tüm ödemesinin tahsili için vermiş olduğum kredi kartı bilgileri ile ilgili kart numarasının herhangi bir nedenle değişmesi, son kullanım tarihinin dolması gibi değişiklikleri, söz konusu kredi kartımdan işlem yapılmadığı takdirde ödemenin tahsili için başka bir kart numarasını Sandıklı Thermal Park Hotel 'e bildireceğimi kabul ve taahhüt ederim.

Toplam tutarın, yukarıda belirtilen tarihte yukarıda numarası belirtilen kredi kartından herhangi bir nedenle tahsil edilememesi halinde bir (1) iş günü içerisinde nakden ödeyeceğimi, ödemeyi yapmadığım takdirde yukarıda yazılı olan ya da bildirmiş olduğum başka bir kredi kartımdan çekileceğini ve ayrıca borcumun kredi kartımdan çekilememesi durumunda %15 tazminat, %5 temerrüt faizi ile birlikte nakden ve defaten bir (1) iş günü içerisinde ödeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim.

Yukarıda belirtilen toplam tutarın, bilgilerini verdiğim kredi kartımdan tahsil edilmesini kabul ediyorum.

Kart Sahibi Ad Soyad İmza	Rezervasyon Sahibi Ad Soyad İmza