

MAIL ORDER FORMU

Adı Soyadı	
Adres	
Telefon	
Faks	
Kredi Kartı Üzerindeki İsim	
Hangi Bankanın Kredi Kartı	

Kredi Kartı No				
----------------	--	--	--	--

Son Kullanma Tarihi (Ay/Yıl)	
CVC2 Güvenlik No	

(Kredi Kartının Arkasında yazan 3 Haneli no.)

Toplam Miktar	
Toplam Miktar Yazı ile	

Kredi Kartı Türü



☐ Visa Card



☐ Master Card

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

Tarih :

Adı Soyadı :

İmza

- 1) Bu formun imzalanmasıyla GALENA SAĞLIK SANAYİ VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ nin şartlarını kabul etmiş sayılırsınız.
- 2) Formun imzalanmasından sonra, satışın iptali veya ürünün iadesi GALENA SAĞLIK SANAYİ VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ kararına bırakılmıştır firma satışın iptali veya ürünün iadesi konularında karar vermekte serbesttir.
- 3) Ürünün fıyatı teslimatla ilgili masrafları icemez.
- 4) GALENA SAĞLIK SANAYİ VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ bu formdaki bilgileri gizli tutmakla yükümlüdür herhangi bir anlaşmazlık durumunda, taraflar GALENA SAĞLIK SANAYİ VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ kayıtlarını kesin delil kabul etmek zorundadırlar.
- 5) Ürünü satın alan kişi yada firma, ödemeyi yaptığı kredi kartında oluşabilecek bir problem halinde kalan ödeme yada taksit tutarını herhangi bir şarta bağlı olmaksızın taksit yada ödeme tarihinden itibaren 3 güne kadar başka bir kredi kartı ile ödemeyi yada ilgili borcu banka havalesi yolu ile ödemeyi taahhüt eder.
- 6) Yukarıdaki satış ve ödeme şartlarının tümünü okudum kabul ediyorum. Yukarıdaki bilgilerimi verdiğim kredi kartından GALENA SAĞLIK SANAYİ VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ hesabına geçmek üzere belirttiğim miktarın otomatik olarak çekilmesini kabul ediyorum ve FINANSBANK'ı yetkili kılıyorum.