

信用卡授權簽帳單

付款人資料：

信用卡別	信用卡號碼		
<input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Ucard <input type="checkbox"/> JCB	[][][][] - [][][][] - [][][][] - [][][][] 卡 片 背 面 後 三 碼 檢 查 碼 - [][][]		
持卡人姓名		信用卡 有效期限	西元 年 月
發卡銀行		授權密碼 (勿填)	
持卡人	生日： 年 月 日	聯絡電話	(日)
	身分證字號：		(夜)
持卡人地址			
持卡人簽名 (與信用卡同字樣)		簽帳日期	年 月 日
付款商品類別	金額	備註 (請註明受檢者姓名)	
<input type="checkbox"/> 健康檢查費			
<input type="checkbox"/> 無痛麻醉費	<input type="checkbox"/> 單部位\$4000 <input type="checkbox"/> 雙部位\$6000		
總計金額	萬 仟 佰 拾 元 整		
收據開立方式	<input type="checkbox"/> 同付款人 <input type="checkbox"/> 公司抬頭_____	統一編號_____	
收據郵寄地址	郵遞區號：	地址：	

- ◎ 持卡人同意依照信用卡使用約定，一經訂購或使用商品，均應按所示金額付款發卡銀行。
- ◎ 預付無痛麻醉費之受檢者同意，有效期限自簽帳日期起三個月內，若逾期未接受檢查者，恕不退費。

傳真專線：(02) 5556-6769

◎傳真後請來電確認，TEL：02-5556-6789