****

**慈愛動物醫院  
TEL：06-223-1836  
FAX：06-223-7072**

**信用卡授權書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人因無法親自至慈愛動物醫院管理部刷卡消費，特立此書同意以信用卡支付下列帳款 | | | | | | | | | | |
| 消費日期 | 年    月                  日  ( 請填寫傳真授權書當日 ) | | | | | | | | | |
| 持卡人資料 | | | | | | | | | | |
| 中文姓名 |  | | | | 英文姓名 | |  | | | |
| 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生日 | 西元 年    月                  日 | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | (1)住宅： 傳真：  (2)公司： 傳真：  (3)行動電話： | | | | | | | | | |
| 聯絡住址 |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 發卡銀行 |  |
| 卡別 | □聯合      □VISA      □MASTER      □JCB     □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 信用卡卡號 | \_\_　\_\_　\_\_　\_\_**‾**\_\_　\_\_　\_\_　\_\_**‾**\_\_　\_\_　\_\_　\_\_**‾**\_\_　\_\_　\_\_　\_\_ |
| 卡片背面末三碼： |
| 效期 | 西元             年            月 至     西元 年 月 |
| 授權碼 | （請勿填寫） |
| 消費金額 | 元 整　（請以中文楷書書寫） |
| 消費項目 | 日本寵物按摩證照班 |
| 持卡人同意依照信用卡使用規定，一經使用或訂購產品，均應按照所示金額，付款予發卡銀行，  確認無誤後請簽名回傳。 | |
| 持卡人簽名  ( 請務必與信用卡上之簽名行式相同 ) | |
| ╳\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| ( 上述信用卡之內容經本人確認無誤，如有不實之處，願負所有相關法律責任 ) | |

請填妥以上表格回傳至 慈愛動物醫院管理部 教育訓練單位台南市西門路一段473號5樓 傳真：06-223-7072