



MAL / HİZMET ALIM TALEBİ FORMU (MAİL ORDER)

SERAMARKETİM - YUSUF CEBECİOĞLU

ADI SOYADI / FİRMA ADI :

ADRESİ :

ŞEHİR :

TELEFON NO

VERGİ DAİRE / VERGİ NO :

Cari borçlarıma istinaden (.....) sini cari hesabıma ALACAK kaydedilmesini rica ederim.

TARİH :

MÜŞTERİ KAŞE / İMZA

KART SAHİBİ :

BANKA ADI :

KART NO :

KART GÜVENLİK ŞİFRESİ :

SON KULLANMA TARİHİ :

KART TÜRÜ : VISA MASTERCARD

Yukarıda belirttiğim tutarın VISA/MASTERCARD kredi kartı hesabıma borç kaydedilmesini kabul ediyorum.

TARİH :

KART SAHİBİ ADI - SOYADI
İMZA

Faks : 0 242 426 26 14
e-posta : info@seramarketim.com.tr