

# ZAMÓWIENIE KORESPONDENCYJNE/MAIL ORDER FORM

## UPOWAŻNIENIE DO OBCIĄŻANIA KARTY PŁATNICZEJ

**1 NUMER REZERWACJI**

**2 POSIADACZ KARTY PŁATNICZEJ**

**2.1 IMIĘ I NAZWISKO**

IMIĘ

NAZWISKO

**2.2 ADRES**

ULICA

NR DOMU  NR MIESZKANIA

KOD POCZTOWY  -  MIASTO

**3. UPOWAŻNIENIE**

Upoważniam Firmę Emax S.C. mającej siedzibę przy al. Wojska Polskiego 49, 70-473 w Szczecinie reprezentowaną przez Andrzeja Wesołowskiego, Łukasza Parola do obciążania mojej karty płatniczej:

**4. RODZAJ KARTY**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VISA             | <input type="checkbox"/> MasterCard |
| <input type="checkbox"/> Diners Club      | <input type="checkbox"/> JCB        |
| <input type="checkbox"/> American Express |                                     |
| <input type="checkbox"/> POLCARD          | <input type="checkbox"/>            |

**5. PEŁNY NUMER KARTY**

**6. DATA WAŻNOŚCI**

/

**7. UPOWAŻNIENIE C.D.**

W przypadku zmian dotyczących numeru karty, daty jej ważności lub jakichkolwiek innych zmian utrudniających realizację płatności kartą, zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Firmy Emax S.C.

**8. Opłaty**

Kwota

---

MIEJSCOWOŚĆ/DATA

---

PODPIS