

FORMULÁŘ F16: AUTORIZACE PLATBY PLATEBNÍ KARTOU

Vystavovatel:

Typ karty: Mastercard

VISA

Bohužel, nemůžeme akceptovat platby kartou American Express. Děkujeme za pochopení.

Číslo karty:

Jméno držitele karty:

Platnost:

CVC / CVV kód:

Účtovací adresa:

Tímto autorizuji společnost EXPOSALÉ-CZ s.r.o. (IČO 252 261 77) k použití výše uvedené platební karty k úhradě služeb, které jsme si u společnosti EXPOSALÉ-CZ objednali pro 4.kongres České gastroenterologické společnosti, který se bude konat ve dnech 10. – 12.12.2009 v Clarion Congress Hotel v Praze.

Datum:

Podpis držitele karty:

(dle podpisového vzoru na kartě)

Formulář odešlete faxem nebo e-mailem na:

EXPOSALÉ-CZ s.r.o., Školská 33/3, 250 92 Šestajovice, Česká republika

Kontaktní osoba: Ingrid Vojteková, tel: +420 281 962 262-3, fax: +420 281 961 285, e-mail: vojtekova@exposale.cz