



CENTRAL OFFICE: A. 4, Policharous St., 24100 Kalamata
T.+30 27210 90900 F.+30 27210 26293 e. vasilis@trigilidas.gr
BRANCH OFFICE : A. Kardamili Square, T.+30 27210 64150
e. kardamyli@trigilidas.gr , info@trigilidas.gr url. www.trigilidas.gr

Φόρμα Έγκρισης Πιστωτικής Κάρτας

Παρακαλώ συμπληρώστε όλα τα πεδία. Μπορείτε να ακυρώσετε αυτήν την εξουσιοδότηση ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας μαζί μας. Αυτή η εξουσιοδότηση θα παραμείνει σε ισχύ έως ότου ακυρωθεί.

Στοιχεία πιστωτικής κάρτας
Τύπος Κάρτας : <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Other _____
Όνοματεπώνυμο κατόχου κάρτας (όπως αναγράφεται στην κάρτα): _____
Νούμερο κάρτας : _____ CVV Number : _____
Ημερομηνία λήξης (μμ/χχ): _____
Ταχ. Κωδικός κατόχου κάρτας (από την διεύθυνση της κάρτας): _____

Εξουσιοδοτώ, το Trigilidas travel , τον/την _____ , να χρεώσει την πιστωτική μου κάρτα παραπάνω για συμφωνημένες αγορές.
Κατανοώ ότι οι πληροφορίες μου θα αποθηκευτούν για μελλοντικές συναλλαγές στον λογαριασμό μου.

Υπογραφή Κατόχου

Ημερομηνία