

1800Endoscope.com LLC

Forma de Autorizacion para Pago con Tarjeta de Credito

Tarjeta de Identificacion aqui

Tarjeta de Credito Aqui

Coloque su Tarjeta de Credito y Identificacion con foto aqui en los recuadros arriba y haga una copia de esta forma. Llene la informacion debajo y envíe por fax a nosotros a ++ 941 761 4613

Yo _____ Autorizo a ***1800Endoscope.com LLC.***

Para que cargue mi ___ *Visa* ___ *Master Card* ___ *American Express* ___ *Discover*

No. de Tarjeta de Credito:	Fecha de Expiracion:
NO. CVV2: _____	Correo Electrónico:
Direccion de Tarjeta de Credito:	Ciudad:
Estado: _____ Codigo Postal: _____	Pais:
Nombre de Compañia	Numero de Telefono:
No. Factura	No. de Orden de Compra:
Precio de Artículo:	\$ _____
Envio:	\$ _____
Impuesto:	\$ _____
Sub Total:	\$ _____
Total:	\$ _____
Firma:	Fecha:

Gracias por su orden! Para protegerlo a usted igual que a nuestra compañía de uso fraudulento de su tarjeta de credito... por favor incluya un copia fotostatica y legible de su tarjeta de credito frente y detras. Por favor firmar donde esta indicado para cobrar a su tarjeta de credito (aceptamos american express visa y master card). Por favor incluya un copia fotostatica y legible de su tarjeta de credito frente y detras. Por favor incluya fotocopia legible de un documento oficial (emitido por entidad gubernamental) con la foto y la firma del titular como una licencia de conducir, pasaporte, o tarjeta de identificacion. (nosotros tenemos que poder leer toda la informacion) envíe a nosotros por fax a ++ 941 761 4613 o por endoscopia@1800endoscope.com junto con esta forma llenada completamente!