**KREDİ KARTI ÖDEMESİ TALİMAT FORMUDUR**

1. **CELİL ÇİL SİGORTA VE ARACILIK HİZMETLERİ**

**ZÜBEYDE HANIM MH.TURGUT ÖZAL BULV.İSKİTLER MEV.NO:4/1-2 ALTINDAĞ/ANKARA**

**TEL: 0 312 3419570 – 3416646 FAX: 3417549 GSM: 0 534 2476989**

1. **AGG CELİL ÇİL SİG. ARAC. HİZ.LTD.ŞTİ.**

**KEMER KÖPRÜ MH. BÜLENT ECEVİT BULVARI NO:7/A-B MERKEZ / BARTIN**

**TEL: 0 378 228 46 35 – 228 22 07 - FAX: 228 5549**

**GSM : 0 532 381 93 69 – 307 47 19 – E-MEİL:** **celil.cil@hotmail.com**

**KART İLE ÖDEMESİ YAPILACAK İŞLEMİN AÇIKLAMASI :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

 **Yukarıda bilgileri yazılı sigorta acentelerinden herhangi birisinin, yine yukarıda yazdığımız işlemin açıklamasına istinaden ; aşağıda bilgileri bulunan şirketimize/şahsıma ait olan kredi kartımızdan firmamız/şahsım adına ya da bilgimiz dahilinde yapılan işlem için aşağıda yazılı olan miktarı çekmesine, tahsilatını gerçekleştirmesine ve bu işlemi yapmasına muvafakat ve müsaade ettiğimizi beyan ve taahhüt ederiz.**

**KEEDİ KARTI TALİMATI VEREN YETKİLİ : ………………………………………………………………………….**

**KREDİ KARTI SAHİBİ AD SOYAD : ……………………………………………………………………………………**

**KART HANGİ BANKAYA AİT : ……………………….…………………………………………………………………**

**KREDİ KARTI NO : ………………………………………………………………………………………..**

**KREDİ KARTI SON KULLANMA TARİHİ: ………………………………………………………………………….**

**KREDİ KART GÜVENLİK (CV) KODU : …………………………………………………………………………..**

**KREDİ KARTI ÇEKİLECEK TUTAR (RAKAM İLE): …………………………………………………………………..**

**KREDİ KARTI ÇEKİLECEK TUTAR (YAZI İLE) : ……………………………………………………………………**

**KREDİ KART TALİMAT TARİHİ : ……………………………………………………………………**

**KREDİ KARTI TALİMATINI VEREN KİŞİ ADI VE SOYADI – İMZASI – VAR İSE KAŞESİ**