

慧智基因股份有限公司

信用卡授權書

Credit Card Authorization Form

本人同意授權慧智基因股份有限公司由下列信用卡請領應支付之檢測服務費

I hereby authorize Sofiva Genomics in debit the following credit card as settlement of the below mention charge.

檢測人姓名：		送檢醫院：	
檢測項目：		檢測費用：	
商店名稱	慧智基因股份有限公司	商店代號	1010930061
持卡人姓名	(中文)	(英文)	
發卡銀行			
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
信用卡號	_____ — _____ — _____ — _____ (共 16 碼)		
有效期限	_____月_____年(西元)	背面簽名欄	
		末三碼	
消費金額	新台幣	萬	仟 佰 拾 元整
持卡人簽名	(與信用卡上簽名相同)		
填表日期	民國_____年_____月_____日		
聯絡電話	(日)	(夜)	
授權號碼			(本欄由本公司填寫)

以上資訊若有塗改，請在塗改處簽名確認，謝謝！

發票是否需要開立統編(若未勾選，視為「否」) 否 是，統一編號：_____

地址：100 台北市中正區寶慶路 27 號

電話：(02) 2382-6615#8835 傳真：(02) 2382-6612