

## **XIV. KONGRES ČESKÉ ORTODONTICKÉ SPOLEČNOSTI** 26. — 28. 9. 2013 / ANGELO HOTEL / PLZEŇ / ČESKÁ REPUBLIKA

**Jméno a příjmení účastníka:** \_\_\_\_\_

**Adresa:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kontaktní údaje (telefon, e-mail):** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

### **FORMULÁŘ K AUTORIZACI PLATBY KREDITNÍ KARTOU**

Potvrzuji, že GUARANT International spol. s r.o. (Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4 / Česká republika / IČ: 4524 5401) je oprávněn **použít mou kreditní kartu k uhrazení** níže uvedené částky.

**Účel platby:** \_\_\_\_\_

**CELKOVÁ ČÁSTKA K AUTORIZACI:** \_\_\_\_\_

*Autorizovaná platba bude provedena v Kč.*

### **DETAILY KREDITNÍ KARTY:**

Typ (MasterCard/Eurocard, Visa, Diners Club, American Express): \_\_\_\_\_

Číslo: \_\_\_\_\_

Datum platnosti: \_\_\_\_\_

Jméno držitele karty: \_\_\_\_\_

Fakturační adresa\*: \_\_\_\_\_

*\* Prosím nezapomeňte vyplnit fakturační adresu (pouze u karet American Express).*

\_\_\_\_\_  
*Podpis držitele karty*

**Vyplněný a podepsaný formulář prosím zašlete faxem na číslo +420 284 001 448  
nikoliv e-mailem (z bezpečnostních důvodů).**