



慧智基因股份有限公司
信用卡授權書
Credit Card Authorization Form

受檢人姓名：_____ 送檢醫院：_____

檢測項目： 慧智子宮頸癌篩檢

檢測費用：NT\$ 2300元整

本人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.

商店名稱	慧智基因股份有限公司	商店代號	0101686107
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
持卡人姓名	(卡片上英文名)		
信用卡號		背面簽名欄 末三碼	
有效期限	月	年	發卡銀行
聯絡電話	(日)	(夜)	
填表日期	民國	年	月 日
消費金額	新台幣	萬	仟 佰 拾 元整
授權號碼	(本欄由本公司填寫)		
持卡人簽名	(與信用卡上簽名相同)		

<input type="checkbox"/> 二聯式發票 <input type="checkbox"/> 三聯式發票			
統一編號		郵寄地址	