

親愛的顧客您好～ 敬請填寫後簽名回傳 +886-4-22259070 國際醫療中心
 本人因無法親自前往中國醫藥大學附設醫院刷卡消費，特立此同意書以信用卡支付下述帳款。
 (請於上班時間週一至週五 08:00-17:00 回傳. 或 E-mail:imc@mail.cmuh.org.tw)

受檢者基本資料 Applicant' s Personal Data (請務必核對基本資料，如有錯誤請修改後回傳)				
姓名 Name		項目	醫療簽證押金	
護照號 ID Number		生日		
家用電話 Phone Number		手機號碼	預約日期 Date	
通訊位址 Address				

【改期或取消以一次為限，三天內取消者須扣行政作業處理費用 1000 元】

匯款帳號資料 (匯款後請將收據黏貼於信用卡資訊處回傳)			
同意支付金額	新臺幣____拾__萬__仟__佰____拾____元整		
匯入銀行名稱	永豐銀行 (代碼 807)	帳號	0120-0400-0260-07
匯入戶名名稱	中國醫藥大學附設醫院	傳真刷卡請填寫以下空格 (若匯款請於此處黏貼匯款收據)	
本人因無法親自至中國醫藥大學附設醫院刷卡消費，特立此書同意以信用卡支付下述帳款。 I cannot personally pay by credit card in the China Medical University Hospital, I agree to the following accounts paid by credit card.			
發卡銀行：_____銀行 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB			
卡號：□□□□—□□□□—□□□□—□□□□			
信用卡最終有效日期：_____月_____年 (西元)			
信用卡背面之末三碼：_____ 授權碼：_____ (由本中心服務人員填寫)			
持卡人聯絡電話：_____ (請填申請信用卡所留之電話)			
持卡人簽名：_____			
(請親自簽名並與信用卡背面簽名字樣相同，否則無效) (上述信用卡之內容經本人確認無誤，如有不實之處，願負所有相關法律之責)			

顧客請勿填寫 (以下資料由本中心服務人員填寫)			
病歷號		診間診號	<input type="checkbox"/> ____診
<input type="checkbox"/> 全額繳清\$_____			