



AUTORIZACIÓN DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

INFORMACIÓN DEL TARJETABIENTE

Nombre Completo (como aparece en la tarjeta)

Dirección a donde se entregan los estados de cuenta de la tarjeta

Ciudad y País

Teléfono

INFORMACIÓN DE LA TARJETA

Tipo de tarjeta

Visa

American Express

Master Card

Diners

Código de Seguridad (Visa y Master Card: últimos 3 dígitos en la parte posterior de la tarjeta. AMEX: 4 dígitos superiores de la tarjeta)

Número de Tarjeta de Crédito

Fecha de expiración

INFORMACIÓN DEL PAGO

Total

Q

US \$

AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente autorizo a la empresa ORQUÍDEAS SYM, S.A. y firmo mi consentimiento para que se proceda a realizar el cargo a mi tarjeta de crédito por el monto indicado arriba.

Nombre

Firma

Instrucciones:

- 1) Por favor complete este documento por completo. De hacer falta alguno de los datos solicitados, se podría retrasar el cobro y por lo tanto el procesamiento de su orden.
- 2) El presente deberá ser firmado por la persona autorizada a firmar en la tarjeta de crédito que se indica.
- 3) Reenvíe el presente documento vía FAX al (502) 2363-1796 o por correo electrónico a: administracion@orquideassym.com / asisgerencia@orquideassym.com