

クレジットカード決済申込書

K.D.L

(有)ケイディエル 御中

私は下記内容を確認の上、クレジットカードでの支払いを申し込みます。

※太枠 にご記入下さい。

													お申込日	201	年		月		日
カード番号	3	7											有効期限			年		月	
カード会員名	フリガナ											御社電話番号	()						
												御社FAX番号	()						
医院名																			
御社住所	〒											-		フリガナ					

【ご確認事項】

- (1) **取扱カード**
取扱クレジットカードは、アメリカン・エクスプレスのカードです。
- (2) **お申込者**
本サービス並びに商品のご購入は、お申込者本人に限らせていただきます。
- (3) **お申込時のカードの有効性の確認**
本申込み受付時にお申込者のクレジットカードの有効性等についてカード会社に確認させていただきます。
お客様のカードが有効でない場合、お取引できません。
- (4) **ご利用限度額について**
ご利用いただける決済額は、お客様によって異なります。高額のご利用に際しては、カード会員ご本人様よりアメリカン・エクスプレス事前承認課までお問い合わせください。
[事前承認課] ビジネス・カード会員様:0120-206-165, ビジネス・ゴールド・カード会員様:0120-106-165
- (5) **ご利用明細書について**
アメリカン・エクスプレスからの請求書とは別に、弊社から「ご利用明細書」を発行させていただきます。弊社サービスのご利用状況を確認される場合は、こちらをご参照下さい。
- (6) **ご請求について**
弊社からアメリカン・エクスプレスへの請求は、原則サービス提供後になります。
従って、カードのご請求書と実際のサービス提供日は必ずしも同一ではない旨、また、請求締め日前後のご依頼については、実際の請求が1ヶ月後になる旨、ご承知下さい。
- (7) **クレジットカードでの支払い停止について**
一度、クレジットカード決済をお申込みされますと、毎月自動的にクレジットカード払いとして引き落としをさせていただきます。クレジットカードでのお支払を終了される場合は、弊社営業から「クレジットカード決済停止申請書」をお渡しいたしますので、ご記入の上、ご提出ください。
なお、お客様がクレジットカードの会員資格を喪失した場合は、クレジットカード払いは自動的に解除されます。

弊社使用欄

営業担当			担当者名	