



視力保健第一品牌

知視家**昕輝科技股份有限公司**

信用卡扣款同意書

一. 本同意書於取得信用卡授權號碼後生效，本公司保證依您指示商品購物等業務如下
茲確認本人委託 **昕輝科技股份有限公司** 承辦以下項目：

項 目	內 容	數 量	金 額
合 計	新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整		

本人同意上述所有款項以下列信用卡帳戶支付予 **昕輝科技股份有限公司**

二. 本人同意授權 **昕輝科技股份有限公司** 並以信用卡支付貴公司款項：

持 卡 人 資 料					
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	西元 年 月 日
身分證字號			行動電話		
公司電話			住家電話		
住 址	縣市	區	路 段	巷 號	樓
發卡銀行		卡 別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> _____		
信用卡卡號	—	—	—	卡片後三碼	
信用卡有效日期	西元	年	月	授權號碼	(由店家寫)
同意以信用卡付款之金額	新台幣	拾	萬	仟	佰 拾 元整
同 意 人/持 卡 人 簽 名	(簽名務必與信用卡背面簽名樣式相同)				

◎請詳細填寫此授權書，填妥後請回傳至本公司。

開立發票 二聯式 三聯式

三聯式 發票抬頭: _____

統一編號: _____



視力保健第一品牌

知視家

昕輝科技股份有限公司

電話：06-3388800 傳真：06-3301606 (24小時)

* 信用卡扣款同意書或簽單請保留20個月以上保障權益