



## ΦΟΡΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε την παρακάτω φόρμα:

Τύπος Κάρτας:	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard
Κάτοχος Κάρτας:	_____	
Αριθμός Κάρτας:	_____	
Τριψήφιο νούμερο:	_____	
Ημερομηνία Λήξης:	_____	
Αριθμός Δόσεων:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18	

Εγώ, ο/η \_\_\_\_\_ του \_\_\_\_\_ εξουσιοδοτώ το Ελληνικό Κέντρο Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών (ΕΛΚΕΔ) με έδρα τη Θεσσαλονίκη, Δωδεκανήσου 15, Τ.Κ. 54626, να χρεώσει την πιστωτική μου κάρτα με το ποσό των ..... ευρώ. Η πληρωμή αυτή αφορά τα δίδακτρα για το πρόγραμμα με τίτλο..... Βεβαιώνω ότι είμαι εξουσιοδοτημένος χρήστης αυτής της πιστωτικής κάρτας και δε θα αμφισβητήσω την πληρωμή εφ' όσον η συναλλαγή αντιστοιχεί στους όρους που αναφέρονται σε αυτή τη φόρμα.

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

\* Η παρούσα φόρμα και το email αυτής διαγράφονται οριστικά από τη βάση δεδομένων του Ελληνικού Κέντρου Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών μετά την περάτωση της συναλλαγής (POS).

\* Παρακαλούμε όπως αποστείλετε με email στη διεύθυνση [info@adrhellenic.com](mailto:info@adrhellenic.com) συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη την ως άνω φόρμα εξουσιοδότησης.