



# 國泰綜合醫院

Cathay General Hospital

## 線上刷卡付款單

### Credit Card Authorization Form

持卡人姓名 (Name) :			身分證字號 (ID) :													
收貨地址 : □□□																
電話 (Phone) :								行動電話 (Cell) :								
發卡銀行 (Bank) :																
卡別 (Type) : <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> JCB																
日期 (Date) :						有效日期 (Expiry Date) : 20____年____月										
信用卡號 (card number) :																
簽名 (Signature) : (與卡片背後簽名一致)						卡片背面末三碼 (Last 3 numbers in the card back) :			授權日 :  授權碼 :							
No.	Item					Quality	Amount(NTD)									
1	兒童常規身體健檢					1	_____元									
2	生長評估					1	_____元									
3	智能發展評估					1	_____元									
4	其他( )						_____元									
金額總計 (Total Amount) :																
<p>1. 持卡人同意依照信用卡使用規定，均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行。</p> <p>I hereby declare that I have authorized the charges from my credit card regarding the amount and items states above.</p>																

地址：台北市大安區仁愛路4段266巷6號3樓  
 電話：(02)2708-2121 #8313.8321  
 傳真：(02)2708-2422