

استمارة الدفع

التاريخ :/...../.....

اسم المختبر :
إسم المريض - النسب :
اسم الاختبار :
التمن :

الدفع ممكن عن طريق التحويلات المصرفية أو بطاقة الائتمان

1. الدفع عن طريق التحويل واير WIRE

الرجاء تحويل المبلغ إلى حساب مصرفي في بنك DENIZ شعبة Tozkoparan/اسطنبول/تركيا

(Tozkoparan Şub. Istanbul/Turkey)

IBAN (EURO): TR530013400000325279300024

المبلغ :

2. الدفع بواسطة بطاقة الائتمان

يرجى ملء وتوقيع وارجاع الفاكس الى: 0090-(212)-481-48-11

المبلغ :

MasterCard

Visa

الاسم

تاريخ الانتهاء

رقم البطاقة

رمز CVC :..... (انظر خلف البطاقة ؛ آخر 3 أرقام)

أنا الموقع أعلاه أفوض ل BURC مركز التشخيص الوراثي دفع الفاتورة من بطاقة الائتمان الخاصة بي للمبلغ المذكور أعلاه.

التاريخ

الإمضاء