Formular Kreditkartenautorisierung

Hiermit ermächtige ich

Name des Karteninhabers: _____

die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg von meiner

☐ VISA ☐ Mastercard / Eurocard

Kartennummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

gültig bis:

den Betrag von: €

abzubuchen.

_____
Unterschrift des Karteninhabers

Authorization credit card booking

I hereby authorize the Medical Faculty of the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg

to book from my

☐ VISA ☐ Mastercard / Eurocard

credit card number: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

date of expiry:

the amount of €.

name of credit card holder: _____

_____
Signature credit card holder