

クレジットカード 決済申込書/決済停止申請書

メディア株式会社 御中

決済の申し込み： 下記内容を確認の上、クレジットカードでの支払いを申し込みます

決済停止申請： 下記のクレジットカードでの支払いを停止致します

※どちらかにレ印をお付けください。

※太枠  にご記入下さい。

												申請日	20	年	月	日
カード番号	3	7										有効期限			年	月
カード会員名	フリガナ											電話番号	( )			
												FAX番号	( )			
御住所	〒		-		フリガナ											
歯科医院名	※上記と異なる場合は、住所・電話番号もご記入ください															

【ご確認事項】

- (1) **取扱カード**  
取扱クレジットカードは、アメリカン・エクスプレスのカード、及び提携カードです。
- (2) **お申込者**  
ご利用は、お申込者本人に限らせていただきます。
- (3) **お申込時のカードの有効性の確認**  
本申込み受付時にお申込者のクレジットカードの有効性等についてカード会社に確認させていただきます。  
お客様のカードが有効でない場合、お取引できません。
- (4) **ご利用限度額について**  
ご利用いただける決済額は、お客様によって異なります。高額のご利用に際しては、カード会員ご本人様よりアメリカン・エクスプレス事前承認課までお問い合わせください。  
〔事前承認課〕 ビジネス・カード会員様:0120-206-165, ビジネス・ゴールド・カード会員様:0120-106-165  
また、高額商品ご購入の際、弊社にてカード会社に事前承認を取らせていただく場合があります。
- (5) **納品書について**  
アメリカン・エクスプレスからの請求書とは別に、弊社から「納品書」を発行させていただきます。
- (6) **ご請求について**  
弊社からアメリカン・エクスプレスへの請求は、原則出荷日をもって行ないます。お客様の口座からのお引落とし日はカード・毎に定められた規定によります。
- (7) **クレジットカードでの支払い停止について**  
クレジットカードでのお支払い開始後は、当社からご請求させていただく全てのお支払いに関してカードでの決済となります。クレジットカードでの決済を終了される場合は、「クレジットカード決済停止申請」を行なってください。  
なお、お客様がクレジットカードの会員資格を喪失した場合は、クレジットカード払いは自動的に解除されます。
- (8) **クレジットカード支払い対象の除外サービスについて**  
保守料・月額利用料等、あらかじめ金額と期間を定めたサービスについては、別途口座振替でのお支払いとさせていただきます。クレジットカードのご利用はできませんので、ご了承の程お願い申し上げます。

※弊社使用欄

お客様ID		営業拠点名		処理確認欄
お客様コード		営業担当者		