



FAKTA MEDIS

Tagihan Dari

Nama: _____
 Nama Perusahaan: _____
 Alamat Jalan: _____ Kota, ST
 Kode Pos: _____ Telepon: _____

Pembayaran kepada

Nama: _____
 Nama Perusahaan: _____
 Alamat Jalan: _____ Kota, ST
 Kode Pos: _____ Telepon: _____

Nomor faktur. _____

Tanggal faktur: _____

Tenggat waktu: _____

Layanan Medis Dilakukan	Pengobatan	Sabar	Tarif (\$)	Total (\$)
<div> <div>Subtotal</div> <div>Pajak Penjualan</div> <div>Lainnya</div> <div>Total</div> </div>				

syarat dan Ketentuan

Terima kasih atas bisnis Anda. Silakan kirim pembayaran dalam _____ hari setelah menerima faktur ini. Akan ada _____% per _____ pada faktur yang terlambat.

Silahkan Pilih Jenis Pembayaran



Kartu kredit

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Menemukan ☐ American Express

Nama Pemegang Kartu _____

Nomor Rekening/CC _____

Tanggal Kedaluwarsa ____ / ____

CVV ____

Kode Pos _____

Saya mengizinkan bisnis/perorangan yang disebutkan di atas untuk menagih kartu kredit yang disebutkan dalam formulir otorisasi ini sesuai dengan persyaratan yang diuraikan di atas. Otorisasi pembayaran ini adalah untuk barang/jasa yang dijelaskan di atas, untuk jumlah yang disebutkan di atas saja, dan hanya berlaku untuk satu (1) kali penggunaan. Saya menyatakan bahwa saya adalah pengguna sah kartu kredit ini dan bahwa saya tidak akan membantah pembayaran dengan perusahaan kartu kredit saya; selama transaksi tersebut sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam formulir ini.

TANDA TANGAN _____

(Nama pemegang kartu)

TANGGAL _____



Transfer uang antar bank

Nama di Rekening Bank: _____

Alamat Jalan: _____

Nama Bank: _____ Nomor

Rekening: _____ Nomor

Perutean: _____ Jenis

Rekening: _____



Surel: _____

