

Credit Card Payment Form

Tipo de tarjeta de crédito: Visa Mastercard
Type of credit card

Número de tarjeta:
Credit card number

Titular:
Name of de card holder

Fecha de caducidad:
Expiry date

Yo,, autorizo a SANITAS SA DE SEGUROS con C.I.F A28037042 a cobrar de mi tarjeta de crédito la cantidad de..... Euros.

Fecha / Date

Firma / Signature

Nombre completo / Full name:

Número de pasaporte / DNI / NIE: