

**Proszę wypełnić wielkimi literami**

Rodzaj zapłaty: **Karta płatnicza**

Rodzaj karty: VISA  MasterCard  DinersClub

Numer karty: .....

CVV2/CVC2/CVVII:.....

Bank-wydawca karty:.....

Data ważności karty: ...../.....(mm/rr)

Imię i nazwisko Użytkownika karty:.....

Adres zameldowania lub wysyłki towaru.....

.....

Telefon kontaktowy Klienta z numerem kierunkowym:.....(najlepiej stacjonarny)

Data urodzenia:.....(dd/mm/rrrr)

Numer dowodu osobistego/paszportu: .....

**Proszę obciążyć moje konto na kwotę:..... zł**

Podpis użytkownika karty(tak jak na karcie):.....

(tylko dla transakcji Mail Order)

**Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza wraz z kserokopią karty płatniczej  
na adres [repcja@grothotel.pl](mailto:repcja@grothotel.pl) lub pod nr fax 055 6469670**