

**Füllen Sie bitte das folgende Formular aus, und faxen Sie dieses bitte an
die Faxnummer
Please fill out this form and fax it to**

Fax: +49 2841 23021

Name des Karteninhabers (wie auf der Karte angegeben):
Cardholder's name (see on your credit card)

Kartentyp / card issuer:

Amex Diners Club MasterCard VISA JCB Union Pay

Kartenummer / card number:

.....

Gültigkeit bis / valid until Monat (month) / Jahr (year)

Ich bevollmächtige die Firma FL Intercoop, den Rechnungsbetrag mit meiner Kreditkarte zu verrechnen.

Please charge my credit card with the total invoice amount.

.....
Unterschrift des Karteninhabers / cardholder's signature