



3399 NW 72nd Ave. Suite 123 Miami, FL 33122
 Telephone: (001)305-593 -6955 • Fax: (001) 305-593-6965
 www.securitycameradistributor.com

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Fecha: __/__/____

VISA MASTER CARD AMEX CODIGO CVV: _____

Número de Tarjeta de Crédito: _____ Fecha de Exp.: _____

Nombre en la Tarjeta de Crédito: _____

Banco que Expide la Tarjeta : _____

Número de Telefono del Banco : _____

Dirección de Cuenta de la Tarjeta: _____

Número de Teléfono del dueño de la Tarjeta: _____

E-mail: _____

YO _____ AUTORIZO A **Pro Visual, Inc.** COBRAR DE MI TARJETA DE CRÉDITO LA COMPRA DE CUALQUIER PRODUCTO O SERVICIOS, ASI COMO CUALQUIER BALANCE NO PAGADO CORRESPONDIENTE A UNA ORDEN DE COMPRA HECHA A **Pro Visual, Inc.** EFECTUADA POR MI MISMO(A), MI COMPAÑÍA, SUS PRINCIPALES Y/O CUALQUIERA DE SUS REPRESENTANTES. HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRATA A **Pro Visual, Inc.** ES REAL Y ACTUALIZADA Y ES CONSIDERADA CONFIDENCIAL.

YO ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESCRITOS EN EL SIGUIENTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO Y ES UN ACUERDO CON **Pro Visual, Inc.** Y CON LAS POLÍTICAS DE VENTA DE DICHA COMPAÑÍA.

Cuando se cobre el saldo de la tarjeta de crédito listada en la parte superior **Pro Visual, Inc.** deberá:

Enviar todas la(s) orden(es) a la Dirección de Cuenta de la Tarjeta: **[SI] / [NO]**

Enviar la(s) orden(es) a la siguiente dirección ¹:

¹Por favor note: Pro Visual, Inc. se reserva el derecho de no enviar la(s) orden(es) a cualquier dirección si no puede ser verificada.

Número de Teléfono: _____

Firma del Dueño de la Tarjeta de Crédito: _____

***TARJETAS DE CRÉDITO INTERNACIONALES:**

Adjuntar fotocopias de la Tarjeta de Crédito (frente / posterior) y una forma de identificación con foto y mandarla via email a: **info@securitycameradistributor.com**

***TARJETA DE CRÉDITO NACIONALES:**

Mandar sólo si la dirección de envío es diferente a la de su Dirección de Cuenta de la Tarjeta.