



**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 18424**

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

Kartennummer / 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