**CAYMA (ÜYELİK İPTAL) FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| SATICI BİLGİLERİ | TTS İNTERNATİONAL MEDİKAL DIŞ TİCARET LTD.ŞTİ |
| ADRES | Etiler mah. Evliya Çelebi Cad. No:23/302 Muratpaşa/ANTALYA |
| TELEFON | 0850 550 10 20 |
| FAKS |  |
| ELEKTRONİK POSTA | info@tts.international |

**ÜYELİK BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| ADI VE SOYADI |  |
| T.C. KİMLİK YADA VERGİ NUMARASI |  |
| ADRES |  |
| İL VE İLÇE |  |
| TELEFON |  |
| ELEKTRONİK POSTA |  |
| ID NUMARASI (MÜŞTERİ NUMARASI) |  |

**ÜRÜN BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| FATURA TARİHİ VE NUMARASI |  |
| CAYMA NEDENİ |  |
| ÖDENEN TUTAR |  |
| SİPARİŞ NUMARASI |  |

**ÖDEME BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ÖDEMENİN NE ŞEKİLDE YAPILDIĞI | K.KARTI | HAVALE | MAIL ORDER |
| İŞLEM TARİHİ |  |
| KREDİ KARTI NUMARASI | . . . . . . . . . . . / . . . . . . . . . . . / . . . . . . . . . . . /. . . . . . . . . . .  |
| KART SAHİBİ ADI VE SOYADI |  |
| BANKA ADI, İLİ, ŞUBESİ VE ŞUBE KODU |  |
| İBAN NUMARASI | TR …../….….../...……./..………./…………/…..……./……. |

Bu formla yukarıda belirtilen malların veya hizmetlerin sunulmasına ilişkin sözleşmeden cayma hakkımı kullandığımı beyan ederim.

**Tarih : İMZA**

**Adı Soyadı :**