

KREDİ KARTI POS İŞLEMİ İÇİN YETKİLENDİRME YAZISI

HASTA / KART SAHİBİ BEYANI

Ben, aşağıda imzası bulunan kişi olarak:

1. Tedavi hizmetini kendim aldığımı veya hizmeti alan adına ödeme yaptığımı kabul ederim.
2. Tedavi ücretinin, hekimimin talebi doğrultusunda, hekimimin AGS Medikal Ürünleri İth. İhr. Tic. A.Ş.'ye olan cari hesabına/borcuna mahsup edilmek üzere doğrudan AGS'ye ödenmesini yetkilendiriyorum. Ödeme ekranında AGS unvanının görünmesini normal kabul ederim.
3. Sanal POS altyapısının teknik sorumluluğunun bankaya ait olduğunu; banka ile görüşeceğimi, AGS'nin teknik aksaklıklar ve kart problemlerinden sorumlu olmadığını kabul ederim.
4. Tedavi hizmetine ilişkin tüm hukuki ve ticari sorumluluğun hekime ait olduğunu, yapılan ödemenin ters ibraz (chargeback) konusu olmayacağını kabul ederim.

KREDİ KARTI SAHİBİ EK BEYANI

(Kart hastaya ait değilse)

Bu ödeme, tedavisi yapılan (Hastanın Adı Soyadı): için tarafımdan yapılmaktadır. Kart sahibi olarak, hizmeti almadığımı ileri sürmeyeceğimi ve bu ödemeyi kendi rızamla yaptığımı kabul ve taahhüt ederim.

Hasta / Kart Sahibi:

İsim – İmza – Tarih

(Elle doldurulacaktır.)

HEKİM BEYANI

Bu işlemde kredi kartından çekilen TL tutarındaki ödemenin isimli hasta için yapıldığını kabul ve beyan ederim.

Hekim: *İsim – İmza – Tarih*

KVKK AÇIK RIZA

İşbu tahsilat işleminin gerçekleştirilmesi amacıyla gerekli olan aşağıdaki kişisel verilerimin; tahsilatın doğru eşleştirilmesi, borç mahsubu, yasal kayıtların tutulması ve Bankacılık/Vergi mevzuatı gereği, AGS, Hekim, Bankalar, Ödeme Kuruluşları (Sanal POS hizmetini sağlayanlar) ve Resmi Makamlar tarafından yurt içinde işlenmesine ve aktarılmasına açık rıza veriyorum.

İşlenecek Veriler: Ad Soyadı, T.C. Kimlik No (isteğe bağlı), İletişim, Ödeme Tutarı, POS İşlem Verileri ve Kart Bilgileri (yasal mevzuat dahilinde).

Hasta / K.K. ile ödeme Yapan : *İsim imza ve tarihi elle ödemeyi yapan dolduracaktır*