FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO PARA CARTÃO DE CRÉDITO

Autorizo e reconheço o débito em minha conta do cartão de crédito abaixo:

R11 Travel Data _____

*Nome do navio:_____ *Nº Reserva:_____ *Data saída: _____

☐ Diners

☐ Mastercard

☐ American Express

☐ Visa

☐ Elo

*Cartão nº: _____

*Nome: _____

*Validade: _____

*Cód. Ident.: _____

*Fone:_____ *CPF: _____

*Endereço:_____ *Estado: ___

*Cidade:_____ *CEP: _____

*Nº de parcelas: ☐☐ *Valor Total do Financiamento: ☐☐☐.☐☐☐.☐☐
(sem juros)

Atenção:

Qualquer transação realizada fora dos padrões contratuais das administradoras implicará em sanções legais, tanto para o estabelecimento e seus intermediários, quanto para o Associado. Ao autorizar o débito no cartão de crédito, o Associado e o Estabelecimento declaram estarcientes em concordar com as seguintes condições:

1- Questionamentos ou cancelamentos dos serviços adquiridos devem ser resolvidos entre as partes, de acordo com as Condições Gerais do contrato entre Estabelecimento e Cliente;

2- O Estabelecimento e seus intermediários (agentes de viagens) são responsáveis pela correta aceitação, conferindo a validade, autenticidade e assinatura do titular do cartão;

3- Esta autorização é valida por 24 horas e sua transmissão por fax ou e-mail é permitida apenas para agilizar o processo de venda. Em caso de contestação por parte do Associado, o estabelecimento é responsável pela apresentação deste original, cópia de documento, que comprove a assinatura do cliente. Estes documentos podem ser solicitados a qualquer momento pelas administradoras;

4- Caso os serviços sejam prestados em nome de outras pessoas que não o titular do cartão, seus nomes deverão ser listados abaixo para maior segurança do Associado.

5- Todos os itens citados com(*) devem ser preenchidos por completo.

DADOS DOS HÓSPEDES:

1º - Hóspede: _____
RG:_____ Data de Nasc.: _____ CPF:_____

2º - Hóspede: _____
RG:_____ Data de Nasc.: _____ CPF:_____

3º - Hóspede: _____
RG:_____ Data de Nasc.: _____ CPF:_____

4º - Hóspede: _____
RG:_____ Data de Nasc.: _____ CPF: _____

_____ _____ _____

Local e Data | Assinatura do Titular do Cartão | Carimbo e assinatura da Ag. de Viagens:

Rua Espírito Santo, 315 - 10º andar tel.: (11)3090-7200 CEP 09530-701 - São Caetano do Sul - SP