

# KREDITKARTEN AUTORISATION

(BITTE FÜGEN SIE DIESEM FORMULAR EINE KOPIE DER VORDER- UND RÜCKSEITE DER  
UNTERSCHRIEBENEN KREDITKARTE BEI)

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Gerichtsstand ist das Amtsgericht Lübeck.

Sehr geehrte Damen und Herren,  
bitte senden Sie dieses Formular in Druckschrift ausgefüllt und unterschrieben an die Faxnummer:  
+49 (0) 4503 601 420 oder an [info@seeschloesschen.de](mailto:info@seeschloesschen.de) zurück.

## Kreditkarteninhaber

Name (wie dieser auf der Kreditkarte erscheint): \_\_\_\_\_

Art der Kreditkarte: Visa    MasterCard

Kartenummer: \_\_\_\_\_

Gültigkeit: \_\_\_\_\_

Dreistellige Prüfziffer (CVC-Nummer): \_\_\_\_\_

Typ der Kreditkarte:

Persönliche Kreditkarte

Firmenkarte, Firmenname: \_\_\_\_\_

## Adresse (Postanschrift für den Versand des Gutscheins):

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Stadt: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Fax Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Beschenkten: \_\_\_\_\_

## Folgende Kosten werden übernommen:

Gutschein (Bitte tragen Sie den entsprechenden Gutscheinwert ein): \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass alle oben aufgeführten Informationen vollständig und korrekt sind und ich  
Unterschriftsberechtigter für diese Kreditkarte bin. Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die  
Grand Hotel Seeschlösschen GmbH & Co. KG meine Kreditkarte wie oben angegeben zu belasten.

Unterschrift des  
Kreditkarteninhabers: \_\_\_\_\_ Ort / Datum: \_\_\_\_\_