



加拿大長青藥局與健康食品公司

J & M Health Essentials & Pharmacy

顧客信用卡付款資料

持 卡 人 姓 名	
信 用 卡 類 別	__ VISA __ Master Card
信 用 卡 卡 號	
信 用 卡 截 止 日	_____ 月 _____ 年
地 址	
訂 單 號 碼	
訂 單 總 額	
備 註	

請將填妥之資料傳真至：002-1-905-947-1985。