



เมื่อท่านประสบความไม่สะดวกในการใช้บัตร

โปรดระบุรายละเอียดของความไม่สะดวกเมื่อท่านชำระค่าใช้จ่ายผ่านบัตรอเมริกัน เอ็กซ์เพรส ได้ตลอดเวลา
เพียงท่านติดต่อผ่านทางโทรศัพท์หรือแฟกซ์

ทางโทรศัพท์

เพียงติดต่อมายังอเมริกัน เอ็กซ์เพรส โทร. 0 2273 5544

ทางแฟกซ์

โปรดสละเวลาเพียงเล็กน้อยในการกรอกแบบฟอร์มนี้และส่งแฟกซ์กลับมายัง 0 2273 0309

บริเวณที่เป็นตัวหนาจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เราสามารถดำเนินการติดตามเรื่องราวให้ท่านได้เร็วขึ้น

โปรดระบุถึงรายละเอียดของความไม่สะดวกที่เกิดขึ้น :

ประเภทของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (โปรดกาเครื่องหมาย) :	<input type="checkbox"/> ร้านค้าขอให้ชำระค่าใช้จ่ายโดย : <input type="radio"/> ใช้บัตรอื่น <input type="radio"/> ใช้เงินสด/เช็ค <input type="radio"/> วิธีอื่นๆ <input type="checkbox"/> ถูกขอให้ชำระค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม เมื่อใช้บัตรอเมริกัน เอ็กซ์เพรส <input type="checkbox"/> ถูกกำหนดวงเงินขั้นต่ำ เมื่อใช้บัตรอเมริกัน เอ็กซ์เพรส <input type="checkbox"/> มีการขอให้ชำระค่าใช้จ่ายด้วยบัตรหรือวิธีอื่นที่ไม่ใช่ บัตรอเมริกัน เอ็กซ์เพรส <input type="checkbox"/> ไม่มีสัญลักษณ์ "ยอมรับบัตรอเมริกัน เอ็กซ์เพรส" มีแต่สัญลักษณ์ของบัตรอื่นๆ
ชื่อร้านค้า/สถานธุรกิจ :	<input type="text"/>
ประเภทของธุรกิจ (เช่น กักตุนอาหาร) :	<input type="text"/>
ที่อยู่ร้านค้า/สถานธุรกิจ :	<input type="text"/>
เขต :	<input type="text"/>
จังหวัด :	<input type="text"/>
รหัสไปรษณีย์ :	<input type="text"/>
ประเทศ :	<input type="text"/>
หมายเลขโทรศัพท์ (รวมรหัสทางไกล) :	<input type="text"/>
ที่อยู่ของเว็บไซต์ (URL) : (กรณีเป็นบริษัทที่เกี่ยวข้องกับอินเทอร์เน็ต)	<input type="text"/>
ชื่อของท่าน :	<input type="text"/>
หมายเลขบัตรอเมริกัน เอ็กซ์เพรสของท่าน :	<input type="text"/>
อีเมลของท่าน* :	<input type="text"/> <small>* โปรดระบุอีเมลของท่านเพื่อประโยชน์ในการรับข้อมูลข่าวสารและสิทธิพิเศษต่างๆ จากอเมริกัน เอ็กซ์เพรส กรุณาอ่าน Privacy statement ในเรื่องการใช้อย่างปลอดภัยจากอีเมลได้ที่ www.americanexpress.co.th</small>
วันที่เกิดเหตุการณ์ (วัน/เดือน/ปี) :	<input type="text"/>
เวลาที่เกิดเหตุการณ์ :	<input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM