

The Personal Wellness Center

6508 Deer Point Dr Suite 4C, Salisbury, MD 21804

Telephone: 410-742-6016

Acuerdo y formulario de autorización de tarjeta de crédito copagos, deducibles y cargo por cancelación

Fecha:			
Nombre del titular de la tarjeta (como figura en la tarjeta de crédito):			
Direccion:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
E-mail:	Telefono:		
Tipo de Tarjeta:	<input type="radio"/> Visa	<input type="radio"/> MasterCard	<input type="radio"/> Discover
Número de Tarjeta:		Fecha de Vencimiento:	
Código de Seguridad:			
<p><u>AUTORIZACIÓN PARA CARGAR COPAGOS, DEDUCIBLES Y TARIFAS DE CANCELACIÓN</u></p> <p>Al firmar este formulario, yo, _____, certifico que esta es mi tarjeta de crédito y por la presente autorizo a The Personal Wellness Center© a cobrar la tarjeta de crédito indicada cualquier tarifa asociada con los copagos, deducibles y tarifas de cancelación por los servicios prestados en esta oficina. Entiendo que si falto a mi cita programada sin 24 hrs. de aviso, se me cobrará la tarifa de servicio completo, a menos que haya una emergencia de última hora (es decir, una enfermedad, un accidente, etc.) Estoy de acuerdo en que cualquier saldo restante, después del pago del seguro, es mi responsabilidad, y será cargado a mi tarjeta de crédito si no es pagado a tiempo. Estoy de acuerdo en que si tengo algún problema o pregunta con respecto a este acuerdo o cualquier servicio proporcionado por The Personal Wellness Center ©, me pondré en contacto con esta oficina para obtener ayuda.</p>			
_____ Firma del titular de la tarjeta		_____ Fecha	