

Autorizacion para Pagos con Tarjeta de Credito

Nombre del paciente: _____

Por favor cobrar mi tarjeta de credito para: (seleccione una opcion)

_____ Pago de una vez de \$_____

_____ Pagos para todas citas o para balance sobre pasando 30 dias

Tipo de tarjeta de credito: Visa MasterCard AMEX

Nombre del titular de tarjeta de credito: _____

Numero de tarjeta de credito: _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de expiracion: _____ Codiga CVV: _____ 3-digitos de seguridad en la parte de atras
(AMEX 4 digitos adelante)

Datos relacionados con la tarjeta de credito:

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de contacto: _____

Correo electronico para recibos: _____

Firma _____

Fecha ____ / ____ / ____

