



INSTRUCCIONES: POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO ANTES DE SU PRIMERA VISITA.

Nombre del Cliente: _____

AUTORIZACIÓN PARA FACTURAR A TARJETA DE CRÉDITO POR SERVICIOS

Yo _____, autorizo a KidSense Therapy Group a facturar mi tarjeta de crédito por los servicios terapéuticos prestados. Entiendo que mi tarjeta de crédito será facturada automáticamente el día en que se presten los servicios, o el día que se indiquen las cuotas determinadas (para grupos). El cargo facturado incluirá la cantidad de copago y/o los gastos propio-incurridos por la sesión. Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta opción de pago automático en cualquier momento con una solicitud por escrito proporcionada a KidSense Therapy Group. La facturación automática se terminará con el dado del alta de los servicios y / o una vez que la cantidad adeudada se paga por completo. La información de la tarjeta de crédito es la siguiente

La información de la tarjeta de crédito es la siguiente:

Nombre como se aparece en la tarjeta de credito: _____

Tipo de tarjeta de crédito (marque):

VISA MASTERCARD DISCOVER AMEX FSA/HSA

Número de tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento: _____

Dirección de facturación:

Persona completando el formulario: _____

Relación al cliente: _____ Fecha: _____