

FORMULARIO DE PAGO DEL GRUPO

INFORMACIÓN DEL GRUPO			
Nombre de la empresa		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Persona de contacto	Teléfono	Correo electrónico	
OPCIONES DE PAGO			
<input type="checkbox"/> Débito directo *Plazo de 30 días para el procesamiento del pago inicial. El primer pago debe ser con cheque.			
Número de ruta		Número de cuenta	
Institución financiera			
Nombre del titular de la cuenta			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito		Seleccione: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover	
Nombre que aparece en la tarjeta (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Nombre de la empresa que aparece en la tarjeta (si corresponde)	
Número de la tarjeta		Fecha de vencimiento	
Se agregará una tarifa de procesamiento adicional de \$5.00 a cualquier cuota de tarjeta de crédito.			
AUTORIZACIÓN			
<p>Acuerdo de autorización de pago directo: Por medio del presente, autorizo a Dentcare Delivery Systems, Inc. a iniciar los cargos a la cuenta bancaria indicada anteriormente y el grupo autoriza a Dentcare Delivery Systems, Inc. para ordenarle a la institución financiera que cargue a dicha cuenta el pago de las primas. Comprendo que el cargo directo mensual de las cantidades facturadas se procesará aproximadamente el 5º día hábil de cada mes. Además, comprendo que se exigen tres (3) días hábiles (por escrito) para desactivar el pago directo. Dicha solicitud se puede proporcionar por correo, fax o correo electrónico.</p>			
Firma autorizada		Nombre en letra de imprenta	
Cargo		Fecha	