



Autorización y acuerdo

Este formulario, debidamente completado en su totalidad, autoriza a Advanced Medical Transport a debitar pagos de su cuenta de cheques.

Por la presente autorizo a Advanced Medical Transport a indicar a mi banco o a la institución financiera consignada en esta solicitud que realice los pagos desde la cuenta indicada a medida que venzan. Entiendo que tengo pleno control de los pagos automáticos. Podré cancelar mi inscripción en cualquier momento llamando a Advanced Medical Transport al (309) 494-6203 o al (855) 268-2455. Si me he inscrito para realizar pagos mensuales y necesito interrumpirlos por cualquier motivo, podré hacerlo.

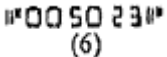
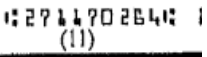
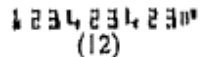
Simplemente complete este formulario al dorso y envíelo por correo a:

Advanced Medical Transport
1718 N Sterling Avenue
Peoria, IL 61604 O
envíelo por fax al: (309) 494-6537

Pagos mensuales de: _____ que se deducirán el día del mes: _____
(Si esta fecha cayera en un fin de semana, su pago se procesará el lunes siguiente).

Si su banco o institución financiera rechazara su pago, intentaremos procesarlo durante 3 días consecutivos. El 4.º día, usted recibirá un aviso de cobro si no nos hemos comunicado con usted para encontrar una solución.

Firma: _____ Fecha: _____

	(4) First Bank of USA	
	(5) Bloomington,) IL	
(1) Su nombre		(6) 0523
(2) Su dirección	(7) 70-702 (5/2711	
(3) Su ciudad, estado, código postal:		
<i>Páguese a la orden de</i>		12/31/98 \$ (8)
		Dólares
Memorándum: (9)		
 (6)	 (11)	 (12)

- 1) Nombre de la compañía que figura en el cheque: _____
 - 2) Dirección: _____
 - 3) Ciudad, estado, código postal: _____
 - 4) Nombre del banco: _____
 - 5) Ciudad/estado del banco: _____
 - 6) Número del cheque: _____
 - 7) A.B.A. Número: _____
 - 8) Cantidad del cheque: _____
 - 9) Este cheque es para el paciente que se llama: _____
 - 10) Autorizado por: _____
 - 11) Número de tránsito: _____ (Siempre debe contener 9 dígitos y debe comenzar con los números 0, 1, 2 o 3)
 - 12) Número de cuenta: _____
- Núm. de teléfono: _____
- Núm. de cuenta/liquidación: _____

Comentarios adicionales o instrucciones especiales: _____