



Autorización y acuerdo

Este formulario, debidamente completado en su totalidad, autoriza a Advanced Medical Transport a procesar un pago mensual con tarjeta de crédito, según la autorización que aparece a continuación.

Por el presente autorizo a Advanced Medical Transport a debitar de mi tarjeta de crédito el monto estipulado más abajo. 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 y envíelo por correo a:

Advanced Medical Transport.....
 1718 N Sterling Avenue Peoria, IL 61604

O
 envíelo por fax al: (309) 494-6537

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono para llamarlo si surge alguna pregunta o inquietud durante el procesamiento de esta solicitud: _____

Cuenta/Liquidación _____

Marque con un círculo la tarjeta de crédito que utilizará: Visa Mastercard Discover
 American Express

Nombre y apellido como aparecen en la tarjeta de crédito: _____

Número de la tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____

Código postal del titular de la tarjeta: _____

Código de seguridad que aparece en el reverso de la tarjeta: _____

Pagos mensuales de: _____ que se debitarán cada mes el día: _____
 (Si esta fecha cae en un fin de semana, el pago será procesado el lunes posterior a esa fecha).

Si la compañía de la tarjeta de crédito rechaza el pago, intentaremos procesarlo en 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: _____