



ACUERDO DE AUTORIZACION PARA PAGOS PRE-AUTORIZADOS (Por favor ver instrucciones al final)

1. NOMBRE DEL EMPLEADOR _____
 2. NOMBRE DE CUENTA DE CHEQUES _____
 3. NOMBRE DEL BANCO O INSTITUCION FINANCIERA _____
 4. Yo (nosotros) por la presente autorizo(amos) a CHURCH HEALTH, en adelante denominada EMPRESA, para iniciar débitos de mi(nuestra) cuenta de cheques, indicada a continuación y el depositante nombrado a continuación, en adelante denominado DEPOSITANTE, para debitar a la misma cuenta.
 5. Esta autorización se mantendrá en pleno vigor y efectiva hasta que la EMPRESA y el DEPOSITANTE hayan recibido mi notificación por escrito (o cualquiera de nosotros) dando por terminado y en el tiempo y de tal manera que la COMPAÑIA y el DEPOSITANTE tengan una oportunidad razonable para actuar.
 6. Nombre: _____
 7. Número de Identificación de Impuestos (Tax ID): _____
 8. Nombre (en letra imprenta): _____
- Firma: _____ Fecha: _____

****IMPORTANTE: POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE CHEQUE ANULADO A ESTE FORMULARIO****

Sólo para Uso de Oficina

Número de ID del Grupo: _____ Nombre del Grupo: _____

Número de Cuenta: _____ RTTN / ABA #: _____

Instrucciones:

La cuenta bancaria debe ser una cuenta de cheques (corriente). Las cuentas de ahorro no son elegibles para giros bancarios.

1. Escriba el nombre de la empresa aquí. Este nombre debe ser el mismo nombre que se encuentra en el Acuerdo de Inscripción del Empleador. Si usted trabaja por cuenta propia o de un hogar privado, escriba su nombre completo aquí.

2. Imprima el nombre de la cuenta de cheques aquí. Este nombre debe ser el nombre del empleador, nombre de contacto o el nombre del propietario del Acuerdo de Inscripción del Empleador.

3. Imprima el nombre de su banco o institución financiera donde se encuentra su cuenta de cheques (corriente).

4. Esta declaración reconoce un permiso a MEMPHIS Plan para hacer retiros de su cuenta de cheques (corriente) mensualmente por el monto de su factura.

5. Esta declaración reconoce que Church Health puede seguir haciendo retiros de su cuenta de cheques (corriente) hasta que usted notifique a su banco y al Memphis Plan de su terminación de la cuenta. Debe permitirnos un tiempo apropiado para la notificación de la terminación.

6. Imprima los nombres de la persona(s) que tenga la responsabilidad financiera de su empresa.

7. Escriba el número de identificación de impuestos de la empresa aquí. Si trabaja por cuenta propia o de un hogar privado, escriba su número de seguro social aquí.

8. Escriba el nombre de la persona que es responsable de firmar los cheques para su empresa. Si su cuenta requiere de dos firmas en un cheque, imprima ambos nombres. Cada persona tendrá que firmar y apuntar la fecha en el formulario en el espacio proporcionado.

Si hay alguna pregunta sobre este formulario, por favor llame a la oficina de MEMPHIS Plan al (901) 272-7526.

**** Este formulario no puede ser procesado sin un cheque anulado adjunto ****

Devuelva el formulario a: MEMPHIS Plan

Church Health

1350 Concourse Ave. Ste. 142

Memphis, TN 38104