



Acuerdo de Autorización para Pagos Recurrentes con Tarjeta de Crédito/Débito

Nombre de la cuenta de MEMPHIS Plan: _____

Por la presente autorizo(amos) a Church Health, de aquí en adelante llamada COMPAÑIA, a iniciar débitos de mi(nuestra) cuenta de tarjeta de crédito indicada a continuación y a el depositario indicado a continuación, de aquí en adelante llamado DEPOSITARIO, a cargar a la misma cuenta.

Esta autorización permanecerá en pleno rigor y efecto hasta que la COMPANIA Y EL DEPOSITARIO hayan recibido una notificación por escrito de mi parte (o cualquiera de nosotros) de su terminación en tal tiempo y de tal manera que permita a la COMPANIA y al DEPOSITARIO un tiempo razonable para llevarla a cabo.

Nombre (en imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Número de Identificación (ID) del Grupo: _____ Nombre del Grupo: _____

Nombre completo en la tarjeta: _____

Domicilio para enviar facturación: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

VISA/Mastercard: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Tarjeta de Crédito: _____ # de Seguridad de la tarjeta _____

Esta autorización reconoce el permiso otorgado a MEMPHIS Plan de debitar su tarjeta de crédito mensualmente por el monto de su factura.

Esta autorización reconoce que el Church Health puede continuar cargando/debitando de su cuenta de crédito o cheques (corriente) hasta que usted le notifique a su banco y a MEMPHIS Plan de la terminación de su cuenta. Usted debe permitir un tiempo apropiado para la notificación de terminación.

Si tiene preguntas acerca de este formulario, por favor llame a la oficina de MEMPHIS Plan al (901) 272 7526.

Regrese este formulario a: MEMPHIS Plan
Church Health
1350 Concourse Ave., Ste. 142
Memphis, TN 38104
(901) 278-6622 Fax