

Formulario de Autorización Para Pago Automatico

Lo que necesita saber:

- ♦ Las tarifas serán deducidas el primero del mes de cada periodo de facturación.
- ♦ Los miembros son responsables de asegurarse que su pago sea procesado. AHN no le notificara de pagos no procesados.
- ♦ Si usted desea cancelar, debe notificar a AHN (30) días antes del siguiente pago programado para evitar la futura deducción.
- ♦ Se requiere un nuevo formulario para cualquier cambio en la información de la tarjeta.
- ♦ Cualquier cambio futuro en su tarifa será procesado automáticamente.
- ♦ Tenga en cuenta que no hay reembolsos de pagos de membresía.

Numero de cuenta:		Nombre de la cuenta:	
Fecha de inicio:		Enviar recibo:	Si No
Correo electrónico:			
Por favor seleccione el tipo de tarjeta y complete cada sección a continuación:			
Visa ☐	MasterCard ☐	Discover ☐	American Express ☐
Número de Tarjeta de Crédito/Debito:	_ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _		Expira: _ _ / _ _ (mes/año)
Nombre del Titular de la tarjeta:			Código de Seguridad:
Dirección del Titular de la Tarjeta:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Términos y Condiciones:

Yo autorizo a AHN (Access to Healthcare Network) que procese un cobro a la tarjeta de crédito mencionada aquí para pagar la cuota de mi membresía. Este cargo se producirá en o alrededor del primero de cada mes. Entiendo que esta autorización se mantendrá en efecto hasta que yo cancele y me pondré en contacto con AHN (30) días antes de cancelar o disponer de un método de pago alternativo. No voy a disputar los cargos con mi compañía de tarjeta de crédito sin antes hacer un esfuerzo por resolver con el departamento de finanzas de AHN. Estoy de acuerdo en contactar a AHN con cualquier pregunta sobre mi cuenta o servicios.

Iniciales que indican la aceptación de estos términos y condiciones _____