



Quarternote Counseling, LLC
9255 Calle Centro, Suite 200
Manassas, Virginia 20110
(O) 703-675-5361 (F) 703-361-1540

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

INFORMACIÓN DE LA TARJETA

Nombre del titular de la tarjeta tal como aparece en la tarjeta: _____

Dirección: _____

Apt/Unidad # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Relación del titular de la tarjeta con el cliente: _____

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD DISCOVER AMEX

Últimos 4 dígitos del número de tarjeta: _____

Fecha de vencimiento de la tarjeta _____/_____

ACUERDO DEL TITULAR DE LA TARJETA : Al firmar a continuación, confirma que la información de la tarjeta de crédito/débito proporcionada anteriormente está asociada con una tarjeta de crédito/débito emitida a su nombre y usted es el "titular de la tarjeta" de esta tarjeta. Usted reconoce y es consciente de que Quarternote Counseling, LLC almacenará esta tarjeta en un archivo electrónico. Usted es consciente y acepta que este método de pago se utilizará para cobrar los pagos adeudados por usted/el cliente según lo exija su compañía de seguros/su compañía de seguros según las pautas de beneficios y/o cualquier tarifa aplicable establecida dentro de las Políticas financieras de Quarternote/Acuerdo de pago por cuenta propia /Forma de escala móvil. Estos cargos incluyen, entre otros, cancelaciones con poca antelación y/o ausencias en las citas. Usted reconoce que, en algunos casos, Quarternote Counseling puede necesitar procesar un pago en esta tarjeta en

un día en el que usted/el cliente está/no está físicamente presente en nuestra oficina y, en estos casos, el personal de Quarternote Counseling intentará comunicarse con usted para alerta de la carga inminente. Además, reconoce que su firma a continuación permite que el personal de Quarternote Counseling procese dichos cargos utilizando la tarjeta almacenada en el archivo, independientemente de si nuestra práctica se comunicó con usted como se mencionó anteriormente. Usted reconoce y es consciente de que esta tarjeta continuará almacenándose electrónicamente durante la duración de su tratamiento o el del cliente con nuestra práctica, a menos que ejerza su derecho de rescindir esta Autorización en su totalidad mediante una solicitud por escrito a Quarternote Counseling, LLC en cualquier momento, para cualquier razón. Las solicitudes de terminación por escrito deben enviarse por correo a la práctica en la dirección anterior . La rescisión de una Autorización existente no afectará ni revertirá ninguna transacción completada anteriormente, pero rescindiré la autorización del uso de la tarjeta a partir de la fecha en que Quarternote Counseling, LLC reciba su solicitud de rescisión por escrito.

Nombre impreso del titular de la tarjeta: _____

Firma del titular de la tarjeta: _____

Fecha: _____