



WEHRKAMP DENTISTRY

PLAN DE AHORRO AUTO RENOVACIÓN

Divulgación de Pago Automático

Este formulario describe su acuerdo con Wehrkamp Dentistry, en el que nos autoriza a procesar pagos electrónicos desde la tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cuenta bancaria que se proporciona a continuación. Se le cobrará automáticamente la tarifa anual de renovación del contrato del Plan de Ahorros en la fecha de inicio que se indica a continuación. Los pagos continuarán anualmente hasta que se cumpla la fecha de finalización o su contrato haya sido cancelado a petición suya. Recibirá información de renovación 45 días antes de su fecha de renovación. Si hay cambios en las tarifas del plan, se le notificará en este momento. Si desea cancelar su contrato, debe proporcionar una notificación por escrito treinta (30) días antes a la fecha de renovación de su término actual. Proporcione a Wehrkamp Dentistry un mínimo de 48- horas de aviso, en caso de que necesite editar un pago por cualquier motivo. Si no puede cumplir con el acuerdo, será su responsabilidad comunicarse con Wehrkamp Dentistry para hablar sobre alternativas opciones de pago. No recibirá más correspondencia de Wehrkamp Dentistry con respecto a estos pagos si su cuenta permanece al día. Un recibo de pagos completos estará disponible a pedido.

Nombre del paciente: _____

Últimos 4 dígitos de Tarjeta/Cuenta Bancaria: _____

Fecha de inicio de renovación: _____

Plan Seleccionado:

Niño individual 1 sola persona 2 sola personas Familia

*por favor escriba la
cantidad

Firma del paciente:

(Padre/tutor si es menor de 18 años): _____

de miembros en plan
aqu: _____

Fecha: _____

Titular de la tarjeta/Cuenta bancaria

Firma que autoriza: _____

Fecha: _____