



LIFESAVE
TRANSPORT

LifeSave Confirmacion de Pago

Pago Mensual: _____

Nombre Del Paciente _____

Fecha De Confirmacion _____

Dia Del Servicio _____

Call #: _____

Ofrecemos 3 maneras de ser pagos.

1. Yo acepto hacer el cargo mensual a la tarjeta

Visa Mastercard Other _____

Card # _____ Exp. Date _____

Quisiera que esto fuera una deducción automática de mi cuenta cada mes. Dia Del Pago (mm/dd)

2. Quisiera ser pagos de mi cuenta de checkings/ahorros

Checking Savings

Nombre en la Cuenta _____

Número
de ruta
bancaria _____

Numero de Cuenta _____

Quisiera que esto fuera una deducción automática de mi cuenta cada mes. Dia Del Pago (mm/dd) _____

Codigo Postal _____

3. Enviare un cheque personal hasta que mi _____
sea pagada en su totalidad

Entiendo que mientras cumpla con mis pagos acordados LifeSave no cobrara intereses sobre el saldo adeudado. Si por alguna razón no hago mis pagos según lo acordado, entiendo que Lifeteam Pueden optar por ejercer su derecho a anular ese acuerdo y el saldo se considerará completo

Estoy de acuerdo con todos los términos.

Paciente o Person Responsible Fecha

Relacion al paciente si no firma paciente Fecha