

Forma de Autorización de Tarjeta de Crédito

La siguiente información se mantendrá confidencial; sin embargo, puede ser compartida con el personal de facturación de Holy Family Counseling Center y First Data Global Gateway Corporation, nuestro proveedor de facturación.

Nombre del titular de la tarjeta:

Tipo de tarjeta de crédito: _____ Visa _____ Mastercard _____ Discover

Número de tarjeta de crédito:

Fecha de caducidad: _____ Código postal de facturación: _____

Número de identificación de la tarjeta (últimos 3 dígitos situados en la parte posterior de la tarjeta de crédito) _____

Importe a cargo: \$ _____ (USD) por sesión

Por la presente autorizo a Holy Family Counseling Center a cargar mi tarjeta de crédito o cuenta bancaria en conjunto con cada fecha en que se brindan servicios de asesoramiento. Mi consejero me proporcionará un recibo por cada pago y el cargo de "Holy Family Counseling Center" aparecerá en mi tarjeta de crédito o declaración bancario. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar por escrito a Holy Family Counseling Center sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la finalización de esta autorización al menos 15 días antes de la próxima facturación/sesión fecha. Si la fecha de la sesión cae en un fin de semana, noche o día festivo, entiendo que los pagos pueden ejecutarse dentro de una semana de la sesión del cliente. En el caso de que una Transacción ACH sea rechazada por Fondos No Suficientes (NSF), entiendo que Holy Family Counseling Center puede, a su discreción, intentar procesar el cargo nuevamente dentro de los 30 días, y aceptar un cargo adicional de \$ 20 por cada intento devuelto NSF, que se iniciará como una transacción separada del pago recurrente autorizado. Reconozco que el origen de las transacciones ACH en mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de los EE. UU. Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito/cuenta bancaria y no disputaré estas transacciones programadas con mi banco o compañía de tarjeta de crédito, siempre que las transacciones correspondan a los términos indicados en este formulario de autorización.

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____

Revisado 10/19/18