



Maria Coleman, LMFT
 Licensed Marriage and Family Therapist
 Terapeuta Licenciada Familiar
 #92626

AUTORIZACIÓN DE PAGO ELECTRÓNICO

Favor de proporcionar información de crédito o tarjeta de débito para circunstancias en las que no pagará en efectivo o cheque, y para las sesiones y/o cancelaciones con menos de 24 horas ó por sesiones telefónicas. Recibirá un recibo cuando se ha aplicado el pago electrónico. Si usted está buscando reembolso de un plan de salud privado, puede presentar la declaración a ellos.

INFORMACIÓN DE PAGO

Se aceptan las siguientes formas de pago: *Visa, Mastercard y Discover.*

Autorizo a María Coleman, LMFT que facture la tarjeta enumerada a continuación, y entiendo que esta forma es válida hasta la fecha de vencimiento de mi tarjeta de crédito que aparece en esta forma, ó cuando cancele la autorización por medio de una notificación escrita. Tenga en cuenta que las transacciones aparecerán como "María Coleman" en sus estados de cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

Información del Cliente:

Client Name: _____

Información del Titular:

Indique el nombre y la dirección asociada con la tarjeta de crédito o débito que desea utilizar.

Nombre en la tarjeta: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

Estado: _____ Zona postal: _____

Tipo de Tarjeta: _____ Número de Tarjeta: _____

Fecha de Exp: _____ Código CVC : _____

 Firma del Titular

 Fecha