

Autorización de tarjeta de credito

Complete los detalles como se indica a continuación para registrar su tarjeta de crédito.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del tarjetahabiente: _____

(Exactamente como aparece en la tarjeta)

Dirección de Envío: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de tarjeta: _____

Fecha de caducidad: _____

CVV (Código de Seguridad): _____

Tipo de Tarjeta : Visa MasterCard Discover Am Ex HSA/FSA

Dirección de Correo Electrónico: _____

Términos de la Autorización

Autorizo a A&M Psychiatric Services PA d/b/a Gulf Coast Behavioral Health a realizar cargos a la tarjeta descrita anteriormente por cualquier saldo pendiente. Esto incluye copagos, deducibles y saldos restantes después del procesamiento del seguro (Explicación de Beneficios).

Entiendo que la información de esta tarjeta se mantendrá en un formato encriptado de manera segura, y que se transmitirá electrónicamente un recibo de transacción automatizado a la dirección de correo electrónico que proporcioné anteriormente en la fecha en que se procese cualquier cargo.

Antes de iniciar una disputa o contracargo con mi institución financiera, acepto comunicarme directamente con la oficina para resolver cualquier consulta de facturación por correo electrónico a billing@gulfcoastbh.com o por teléfono al (727) 726-7442. Entiendo que cualquier contracargo injustificado puede dar lugar a la evaluación de tarifas administrativas y de recuperación adicionales.

Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida hasta que la tarjeta venza o la revoque por escrito por correo electrónico a billing@gulfcoastbh.com o por correo postal a Gulf Coast Behavioral Health, Attn: Billing Department, 1938 Soule Rd, Clearwater, FL 33759.

Al firmar, reconozco que he leído, entiendo y acepto todo lo anterior. Acepto que una copia de mi firma, incluida una firma electrónica o escrita a máquina, tiene el mismo efecto legal que mi firma manuscrita original.

Firma del titular de la tarjeta

Fecha

