

**KNAPP ORTHODONTICS LLC  
PLAN DE PAGO RECURRENTE**

Ortodoncista Knapp Orthodontics LLC # de Cuenta \_\_\_\_\_

<b>Nombre de responsable</b>	<b>Nombre de Paciente:</b>
<b>Direccion de responsable</b>	<b>Responsable SSN:</b>
<b>Ciudad, Estado, Codigo postal:</b>	<b>Correo Electronico</b>
<b>Casa #:</b>	<b>Fecha de Nacimiento de Paciente:</b>
<b>Movil #</b>	<b>Trabajo #:</b>

Cantidad de Retiro Total	Cantidad de pago Mensual	Cantidad de Pago Final	Numero Total de Retiros Mensuales	Fecha de inicio de retiro (por favor circule la fecha que prefiere)		
				Mes	dia	Ano
					5 12 19 26	

**Inicial:** \_\_\_\_\_

Seleccione las cuentas primarias y secundarias que Orthobanc debe cargar:

Cuenta Principal	Cuenta Secundaria
<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques * <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros Nombre(s) tal y como aparecen en su cuenta _____ # de cuenta del banco _____    Routing # _____	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques * <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros Nombre(s) tal y como aparecen en su cuenta _____ # de cuenta de banco _____    Routing # _____
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito    Tipo de Tarjeta _____ #Tarjeta de Credito _____ Fecha Expiracion /CVV _____	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito    Tipo de Tarjeta _____ # Tarjeta de Credito _____ Fecha Expiracion/CVV _____

**KNAPP ORTHODONTICS LLC EFT AUTHORIZATION**

Por lo presente autorizo a Knapp Orthodontics en nombre del ortodoncista, a iniciarlas entradas de debito en la cuenta(s) indicado(s) anteriormente (de los cuales firmante autorizado) a traves de transferencia electronica de fondos (EFT). Entiendo que a partir de la fecha indicada arrib Knapp Orthodontics comenzara los retiros de mi cuenta bancaria o de mi tarjeta de credito. Dichos retiros continuaran cada mes hasta que el saldo total, proporcionado a la ortodoncia del Dr. Knapp por el Ortodoncista sea pagado en su totalidad. Entiendo que Knapp Orthodontics esta debitando fondos de mi cuenta para el pago al ortodoncista, por los servicios profesionales prestados, y que el nombre Knapp Orthodontics puede/aparecera en mi estado mensual. Entiendo que mi pago final puede ser un poco mas o menos que el monto de pago mensual que se menciona anteriormente, pero no excedera el saldo de la cuenta. Si el ortodoncista necesita reducirla cantidad de debito, el ortodoncista puede notificar a Knapp Orthodontics para reducir el pago sin notificacion a mi.

Tambien acepto que si Knapp Orthodontics es notificado de que no hay fondos disponibles en mi cuenta bancaria (NSF, cuenta cerrada, etc.) o que un cargo a mi tarjeta de credito se le niega, una tarifa de \$25 sera cobrada por Knapp Orthodontics. Estoy de acuerdo en que si los fondos no estan disponibles en la cuenta que escojo como primaria. Knapp Orthodontics puede intentar obtener fondos de mi cuenta secundaria. Si no se proporciona ninguna cuenta secundaria, Knapp Orthodontics puede volver a redactar mi cuenta principal. Entiendo que si elijo suspender este metodo de pago. debo notificar a Knapp Orthodontics, minimo 7 dias antes de mi fecha de debito programado. Tambien autorizo a Knapp Orthodontics a ponerse en contacto conmigo en cualquiera de los numeros de telefono mencionados anteriormente.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

131 Old Hwy 431, Suite B & C, Owens Cross Roads, AL 35763  
P: 256-532-8900  
www.knappsmiles.com