



Autorización de Tarjeta de Crédito

Información del Titular de Tarjeta :

Nombre (como aparece en la tarjeta) _____

Dirección del titular _____

Número de Teléfono _____

Licencia de Conducir de Texas _____

Correo electronic _____

Nombre del paciente (si es que no sea el titular de la tarjeta) _____

Yo autorizo IKP para mantener mi información en el archivo para uso future

Un solo uso por la fecha del servicio

Información de la Tarjeta de Crédito :

Amex Visa Mastercard Discover

Número de Tarjeta _____

fecha de expiración ____/____/____

código postal _____

*****Al firmar esto, entiendo que permit a IKP mantener la inturmacion de mi tarjeta de crédito / tarjeta de débito de en el expediente. Estoy consciente que a mi cuenta NO se le haran sin mi consentimiento*****

Titular

____/____/____

Firma del Empleado

____/____/____