

1455 Lincoln Pkwy • Suite 240 • Atlanta, GA 30346

Información de la tarjeta de crédito!

Nombre del cliente: _____!

Nombre que aparece en la tarjeta, si es diferente: _____!

A menos que el pago sea en efectivo o cheque, autorizo a Perimeter Therapy Associates a cargar mi tarjeta de crédito/débito por servicios profesionales, si incurre:!

- 1) Citas perdidas (cancelación con menos de 24 horas antes de la cita o no ir a la cita sin avisar) = 75.00!
- 2) Consultas y llamadas telefónicas (llamadas entre terapeuta y cliente o terapeuta y otros) superior a 10 minutos, será cobrada la tarifa normal por hora en intervalos de 10 minutos.!
- 3) Preparación de documentación, tarifa normal por hora.!
- 4) Otras solicitudes que requieren una inversión considerable de tiempo para ejecutar serán cobradas en intervalos de 10 minutos basados en tarifa normal por hora.!
- 5) Cheque devuelto: valor total, más una multa de 25.00.!

Número de la tarjeta de crédito _____ **MasterCard o Visa!**

Fecha de vencimiento: _____!

Número de identificación de 3 dígitos en la parte posterior de la tarjeta: _____!

!

Firma del Cliente/ Responsable: _____

!!

Fecha de hoy: _____!

!