



## 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