

# Membership Billing Application 2020



**DIME Medical**

**Mail to:** DIME Medical  
340 Main Street  
Darlington, WI 53530  
**Fax to:** (855) 574-5406  
**Phone:** (608) 482-2005

Ombre del miembro principal 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El nombre anterior debe ser pagador de membresía familiar o similar, con otros nombres a continuación:

2.	5.
3.	6.
4.	7.

**Intervalo de pago ELIJA UNO:**

Pagando el año completo - 5% de descuento

Pagando por 6 meses - 2.5% de descuento

Pagando por 3 meses - 1% de descuento

\_\_\_\_\_ Cada mes, \_\_\_\_\_ Cada 3 meses, \_\_\_\_\_ Cada 6 meses, \_\_\_\_\_ Cada año

**PAGOS AUTOMÁTICOS:**

**Fecha de pago - Elija uno más cercano al aniversario de la Membresía - ELIJA UNO:**

El \_\_\_\_ 1°, \_\_\_\_ 5°, \_\_\_\_ 10°, \_\_\_\_ 15°, \_\_\_\_ 20°, \_\_\_\_ 25° del mes

<p><b>Deducción bancaria automática por la cuota de membresía y cualquier cargo:</b> Nombre del banco: _____ Nombre del titular de la cuenta: _____ Número de ruta: _____ Número de cuenta bancaria: _____</p>	<p><b>Pago automático con tarjeta de crédito de la cuota de membresía y cualquier cargo:</b> Nombre en la tarjeta de crédito: _____ Número de tarjeta de crédito: _____ CVC: _____ Fecha de caducidad: _____</p>
--	--

Autorizo la deducción bancaria directa o el cargo de la Tarjeta de Crédito en la cuenta para pagar la Cuota de Membresía y cualquier otra tarifa / cargo en DIME Medical:

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

# Membership Billing Application 2020

---

**Pague manualmente cada período de pago de la cuota de membresía y cualquier cargo:**

\_\_\_\_ Cheque personal, \_\_\_\_\_ Pago manual con tarjeta de crédito, \_\_\_\_ Efectivo

Por favor envíeme una factura por los cargos por:

\_\_\_\_\_ Correo electrónico, \_\_\_\_\_ Texto del teléfono, \_\_\_\_\_ Correo

Cuenta de correo electrónico para usar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para usar: \_\_\_\_\_

Dirección a utilizar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El pago se debe realizar ANTES de que comience el período de servicios. Período de gracia de 30 días antes de que se suspenda la membresía si no se paga - renuncia a discreción de DIME Medical.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_