

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