

Solicitud de facturación de membresía/Billing 2022+



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

Fecha: _____

Nombre del miembro pagador principal (para la familia): _____

PAGOS DE DESCUENTO

Afiliación	12 meses 5.0%	6 meses 2.5%	3 meses 1.0%
Adulto \$52.50/meses	\$598.50	\$307.13	\$155.93
Niños \$26.25/meses	\$299.25	\$153.56	\$77.96
Familia \$157.50+ (1) /meses	\$1,795.50 + (1)	\$921.38+ (1)	\$467.78+ (1)

COSTO por 12 MESES COMPLETOS

Afiliación	12 meses 5.0%	6 meses 2.5%	3 meses 1.0%
Adulto \$630/yr	\$598.50	\$614.25	\$623.70
Niños \$315/yr	\$299.25	\$307.13	\$311.85
Familia \$1,890+ (1) /yr	\$1,795.50+ (1)	\$1842.75+ (1)	\$1,871.10+ (1)

(1) Familia = 2 Adultos + 2 - 4 Niños legales + \$10.50 por niño adicional por mes

Intervalo de pago **ELIGE UNO:**

____ Cada mes, ____ Cada 3 meses, ____ Cada 6 meses, ____ Cada año

EN la página siguiente, elija Pagos automáticos o Pagos manuales.

Luego, los pagos automáticos se deducen de su cuenta bancaria o se cargan a su tarjeta de crédito mensualmente.

Su cuenta bancaria debe ser "verificada" mediante el informe que nos envía de dos pequeñas transacciones de Atlas MD a su cuenta, antes de que podamos comenzar la deducción.

Solicitud de facturación de membresía/Billing 2022+

1. PAGOS AUTOMÁTICOS

Elija la fecha más cercana a la fecha de inicio de la membresía

- Elige uno:

En la ___ 1st, ___ 5th, ___ 10th, ___ 15th, ___ 20th, ___ 25th de mes

-Choose ONE:

Deducción bancaria automática por la tarifa de membresía y cualquier cargo: Nombre del banco: _____ Nombre del titular de la cuenta: _____ Número de rutar: _____ Número de cuenta bancaria: _____	___ Automático / ___ Manual Pago con tarjeta de crédito de la tarifa de membresía y cualquier cargo: Nombre en la tarjeta de crédito: _____ Número de tarjeta de crédito: _____ CVC: _____ Fecha de caducidad: _____
---	---

2. Pague manualmente cada período de pago de cuotas y cargos de membresía: El pago debe realizarse ANTES de que comience el período de servicio. Período de gracia de 30 días antes de que se suspenda la membresía si no se paga - renuncia a discreción de DIME Medical.

___ Cheque personal, ___ Dinero en efectivo, ___ Tarjeta de crédito manual (ingrese la información arriba para la cuenta de la tarjeta)

Por favor envíeme una factura por los cargos por: _____ correo electrónico _____ correo

Correo electrónico para usar: _____

Dirección a utilizar: _____

Autorizo la deducción bancaria directa o el cargo de la tarjeta de crédito en la cuenta mencionada anteriormente según mis opciones, para pagar la tarifa de membresía y cualquier otra tarifa / cargo desde DIME Medical:

Firma: _____ Fecha: _____