

Credit Card Authorization

Autorización de tarjeta de credito



COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Company Name _____ Designated Contact _____
Nombre de Empresa Contacto Designado

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Phone _____ Fax _____ E Mail _____
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

CARDHOLDER INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name as it appears on card _____
Nombre como aparece en la tarjeta

Billing Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

CARD INFORMATION INFORMACIÓN DE LA TARJETA

Card Type: Mastercard VISA American Express Discover

Card Number

Expiration Date CVC

AUTHORIZATION AUTORIZACIÓN

I authorize Akeso Occupational Health to charge this credit card for all charges incurred. This information is for accounts that elect to be billed directly for services provided by Akeso. Services are at the discretion of treating provider and adhere to medical practice rules and regulations. Information provided within this form is strictly confidential.

Autorizo a Akeso Occupational Health a cargar esta tarjeta de crédito por todos los cargos incurridos. Esta información es para cuentas que eligen facturar directamente por los servicios provistos por Akeso. Los servicios quedan a discreción del proveedor de tratamiento y se adhieren a las normas y reglamentos de práctica médica. La información proporcionada en este formulario es estrictamente confidencial.

Signature _____ Print Name _____ Date _____
firma Nombre impreso Fecha