



Formulario de Autorización de Facturación de Tarjeta de Crédito

Nombre de Paciente: _____ FDN: _____

Dirección de Facturación: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

Visa MasterCard American Express Discover

Nombre en Tarjeta: _____

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: _____ Código de Seguridad: _____

Tarjetahabiente en Persona Autorización Verbal por Teléfono

Yo autorizo a Neu Limbs, LLC DBA Hill Country Orthotics and Prosthetics a cargar una vez a mi tarjeta de crédito el monto de \$_____. Entiendo que me podrán cobrar por cualquier saldo restante. Yo soy el(la) usuario(a) autorizado(a) para esta tarjeta de crédito.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

Nombre Completo: _____ Puesto: _____

Si tiene preguntas, favor contactarse con nuestro departamento de facturación.

7804 Jones Maltzberger Rd
San Antonio, TX 78216
Tel: 210-977-0166
Fax: 210-977-0168