

Autorización de tarjeta de crédito y consentimiento

Por la presente, _____ autorizo a Florida Ocupacional Healthcare (FOHC) a mantener archivada la información de mi tarjeta de crédito mientras atiendo a la terapia física. FOHC está aprobado para cargar mi tarjeta de crédito por la responsabilidad de mi paciente en cada visita a la que asisto.

Typo de Tarjeta: Visa MasterCard Discover

Numero de la Tarjeta: _____

Fecha de Caducidad: _____

Nombre del Titular de la Tarjeta: _____

Dirección de Envío: _____

Firma Autorizada del Titular de la Tarjeta: _____

Fecha: _____

Me gustaría recibir una copia del recibo por correo electrónico Yes No

Correo Electrónico: _____