



AccessOne Consumer Health, Inc.

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA EL DÉBITO AUTOMÁTICO DE PAGOS (ACH)

Nombre del participante _____ Número de identificación asignado por la compañía

Por el presente autorizo (autorizamos) a que Prime Care of Florida (en adelante denominada la Compañía), solicite débitos - y, si es necesario, créditos y ajustes por los errores cometidos en los débitos- de/a mi (nuestra) cuenta corriente ___ / de ahorros ___ (seleccione una) cuyos datos se indican más abajo. Del mismo modo, autorizo (autorizamos) a la entidad financiera indicada a continuación (en adelante denominada el Depositario) a debitar y acreditar de/a dicha cuenta el monto de \$ _____ mensuales.

Las comisiones y los cargos bancarios originados por la falta de fondos de mi (nuestra) cuenta para cubrir este débito, serán mi (nuestra) exclusiva responsabilidad. Finalmente, acepto (aceptamos) pagar a Prime Care of Florida \$ 25 en concepto de gastos administrativos por cada transacción de débito que sea rechazada por mi (nuestra) institución financiera.

NOMBRE DEL DEPOSITARIO _____ SUCURSAL

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL

Código TRANSIT/ABA _____ Número de cuenta

El presente Acuerdo de Autorización tendrá plena vigencia hasta que la Compañía reciba notificación escrita de mi parte (o de cualquiera de nosotros) para cancelar la membresía, de la manera y con los plazos tales que la Compañía o el Depositario tengan posibilidades suficientes de proceder según lo solicitado.

NOMBRE 1 _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

(Escribir en letra de imprenta)

NOMBRE 2 _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

(Escribir en letra de imprenta)

FIRMA 1 _____ FECHA

FIRMA 2 _____ FECHA _____

****SÍRVASE ADJUNTAR UN CHEQUE ANULADO****

PRIME CARE OF FLORIDA 4131 S.W. 6th Street, Coral Gables, Florida - 33134 - Teléfono: 305.443.5031 - Fax: 305.442.0844