

**Christian Life Counseling Payment Authorization Form**

25602 ½ Oakhurst Dr. Spring, TX 77386

**Autorización para Cargos Recurrentes de Tarjeta de Crédito**

Para su comodidad, puede autorizar cargos recurrentes a su tarjeta de crédito para pagar sus sesiones de terapia. Se debe colocar una tarjeta de crédito en el archivo al momento de su admisión. Se le cobrará el día de su cita de terapia.

**Nombre del Cliente:**

\_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: \_\_\_ Visa \_\_\_ MasterCard \_\_\_ American Express (AmEx) \_\_\_ Discover \_\_\_\_\_  
Ahorro de Salud

Nombre del Titular de la Tarjeta \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Código postal de facturación \_\_\_\_\_

CVV (número de 3 dígitos en el reverso de Visa, MasterCard o Discover; 4 dígitos en el frente de AmEx) : \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Carlos Calderón, MA, LPC-S, CART, CGT a cobrar a esta tarjeta de crédito por servicios profesionales y cargos asociados según lo acordado a continuación.

Estos cargos pueden incluir lo siguiente: :

- 1) Sesión de asesoramiento de 50-55 minutos: \_\_\_\_\_
- 2) Cargo por cancelación sin previo aviso de 24 horas: \_\_\_\_\_
- 3) Cargo por no presentarse a la cita programada: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar esta práctica por escrito sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la cancelación de esta autorización al menos 15 días antes de la próxima fecha de facturación.

También entiendo que, en el caso de una disputa con una entidad de facturación de la tarjeta / de crédito, mi terapeuta tiene mi consentimiento para usar cualquier información proporcionada con el fin de resolver dicha controversia o cuestión.

Nombre Impreso del Usuario Autorizado de la Tarjeta de Crédito:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Usuario Autorizado de la Tarjeta :

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_