



CENTRO MÉDICO ENERGY
2337 W 76th St
Hialeah, FL 33016
AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Yo, _____, por la presente autorizo al **CENTRO MÉDICO ENERGY** a debitar la cantidad de \$ _____

Firma _____ Fecha: _____

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Tipo de tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, American Express, etc.):

Nombre tal como aparece en la tarjeta:

Número de tarjeta de crédito / débito:

Fecha de vencimiento de la tarjeta:

Número de identificación de la tarjeta (CID), que se encuentra en la parte posterior de la tarjeta:

Dirección de correspondencia del titular de la tarjeta (que aparece en la tarjeta de crédito):



CENTRO MÉDICO ENERGY
2337 W 76th St
Hialeah, FL 33016
AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Número de teléfono del titular de la tarjeta:

Fotocopia de la tarjeta de crédito (ambos lados) e identificación con foto.

TENGA EN CUENTA QUE EL NO PROPORCIONAR CUALQUIERA DE LA INFORMACIÓN LISTADA ANTERIORMENTE DETENDRÁ EL PROCESO DE LA TRANSACCIÓN.