

Medical Partners of Lakewood Red Flags Payment Permission Form

Debera ser llenado por la persona cuyo nombre aparece en el Formulario de Pago:

Yo, _____, doy permiso a,
_____, que utilice mi tarjeta
(Nombre del paciente)

Médica de Flex, tarjeta de crédito personal, o a mi chequera personal para pagar por los servicios que recibo de Medical Partners of Lakewood.

Por favor proporcione los últimos **4 números** de su tarjeta o la cuenta bancaria que se utilizarán para las transacciones.

Tarjeta Médica de Flex: _____ Año de caducidad: _____

Tarjeta de Crédito: _____ Año de caducidad: _____

Cuenta Bancaria: _____

Entiendo que la información proporcionada en este documento se mantendrá efectiva hasta las fechas de vencimiento o hasta que se indique por una carta escrita proporcionada por Medical Partners of Lakewood, ya sea para anular o confirmar el presente acuerdo.

Nombre del Dependiente: _____

Firma del Garante: _____

Nombre del Garante: _____

Fecha: _____

Testigo: _____