

Solicitud de facturación de membresía/Billing

The logo for DIME Medical features the company name in a bold, blue, sans-serif font. The text is centered between two thick, horizontal red bars that extend slightly beyond the width of the text.

Mail to: DIME Medical
340 Main Street
Darlington, WI 53530
Fax to: (855) 574-5406
Phone: (608) 482-
2005

Fecha: _____

Nombre del miembro pagador principal (para la familia): _____

Deseo que la Membresía sea:

_____ SOLO UN MES, entonces entiendo que mi membresía será suspendida y puedo regresar en el futuro, pero tendré que pagar la tarifa de inscripción para hacerlo.

_____ Membresía continua, hasta que notifique a DIME Medical que suspenda mi membresía.

_____ Otra duración de la membresía: _____

Membresía y frecuencia de pago: ELIJA UNA OPCIÓN:

Cada miembro también deberá pagar una cuota de inscripción única de \$55.00, con un límite máximo por familia de \$165.00.

_____ Cada mes, _____ Cada 12 meses, _____ Cada 6 meses, _____ Cada 3 meses

PAGOS DE DESCUENTO

Afiliación	12 meses 5.0%	6 meses 2.5%	3 meses 1.0%
Adulto \$57.00/meses	\$649.80	\$333.45	\$169.29
Niños \$28.50/meses	\$324.90	\$166.73	\$84.65
Familia \$171.00+ (1) /meses	\$1,946.40 + (1)	\$1,000.35+ (1)	\$507.87+ (1)

COSTO por 12 MESES COMPLETOS

Afiliación	12 meses 5.0%	6 meses 2.5%	3 meses 1.0%
Adulto \$684/yr	\$649.80	\$666.90	\$667.16
Niños \$342/yr	\$324.90	\$333.46	\$338.60
Familia \$2,052+ (1) /yr	\$1,946.40+ (1)	\$2,000.70+ (1)	\$2,031.48+ (1)

(1) Familia = 2 Adultos + 2 - 4 Niños legales + \$10.50 por niño adicional por mes

EN la página siguiente, elija Pagos automáticos o Pagos manuales.

Luego, los pagos automáticos se deducen de su cuenta bancaria o se cargan a su tarjeta de crédito mensualmente.

Su cuenta bancaria debe ser "verificada" mediante el informe que nos envía de dos pequeñas transacciones de Atlas MD a su cuenta, antes de que podamos comenzar la deducción.

Solicitud de facturación de membresía/Billing

1. PAGOS AUTOMÁTICOS

Elija la fecha más cercana a la fecha de inicio de la membresía

- Elige uno:

En la ____ 1st, ____ 5th, ____ 10th, ____ 15th, ____ 20th, ____ 25th de mes

-Choose ONE:

Deducción bancaria automática por la tarifa de membresía y cualquier cargo: Nombre del banco: _____	____ Automático / ____ Manual Pago con tarjeta de crédito de la tarifa de membresía y cualquier cargo: Nombre en la tarjeta de crédito: _____
Nombre del titular de la cuenta: _____	____ Número de tarjeta de crédito: _____
Número de rutar: _____	____ CVC: _____
Número de cuenta bancaria: _____ _____	Fecha de caducidad: _____

2. Pague manualmente cada período de pago de cuotas y cargos de membresía: El pago debe realizarse ANTES de que comience el período de servicio. Período de gracia de 30 días antes de que se suspenda la membresía si no se paga - renuncia a discreción de DIME Medical.

____ Cheque personal, ____ Dinero en efectivo, ____ Tarjeta de crédito manual (ingrese la información arriba para la cuenta de la tarjeta)

Por favor envíeme una factura por los cargos por: ____ correo electrónico ____ correo

Correo electrónico para usar: _____

Dirección a utilizar: _____

Autorizo la deducción bancaria directa o el cargo de la tarjeta de crédito en la cuenta mencionada anteriormente según mis opciones, para pagar la tarifa de membresía y cualquier otra tarifa / cargo desde DIME Medical:

Firma: _____ Fecha: _____