

# Solicitud de facturación de membresía/Billing



**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 podemos 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  1<sup>st</sup>,  5<sup>th</sup>,  10<sup>th</sup>,  15<sup>th</sup>,  20<sup>th</sup>,  25<sup>th</sup> de mes

*-Choose ONE:*

Deducción bancaria automática por la tarifa de membresía y cualquier cargo: Nombre del banco: _____	<input type="checkbox"/> Automático / <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_