

Solicitud de facturación de membresía/Billing 2023+



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: _____

Intervalo de pago ELIGE UNO:

_____ 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 \$55.00/meses	\$627.00	\$321.75	\$163.35
Niños \$27.50/meses	\$313.50	\$160.88	\$81.68
Familia \$165.00+ (1) /meses	\$1,881.00 + (1)	\$965.25+ (1)	\$490.05+ (1)

COSTO por 12 MESES COMPLETOS

Afiliación	12 meses 5.0%	6 meses 2.5%	3 meses 1.0%
Adulto \$660/yr	\$627.00	\$643.50	\$653.40
Niños \$330/yr	\$313.50	\$321.75	\$326.70
Familia \$1,980+ (1) /yr	\$1,881.00+ (1)	\$1,930.50+ (1)	\$1,960.20+ (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 2023+

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: _____