

Consentimiento de Pago con Tarjeta de Crédito/Débito de MPG

Este formulario fue traducido con la ayuda de un servicio de traducción. Agradecemos su comprensión si encuentra algún error o diferencia en la traducción.

Por favor tome en cuenta: Al programar una cita, ingreso, evaluación o sesión grupal con Manhattan Psychology Group (MPG), usted autoriza que su tarjeta sea cargada en el momento de la programación o en el momento del servicio, según lo requieran las políticas de MPG. Los pagos realizados para reservar una cita o un cupo en un grupo no son reembolsables, excepto en casos de error administrativo. Si tiene alguna inquietud sobre un cargo o necesita actualizar los arreglos de pago, comuníquese con el administrador con quien ha estado trabajando antes de disputar el cargo, para que podamos resolver el problema de manera oportuna.

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre y Apellido del Titular de la Tarjeta: _____

Tipo de Tarjeta:

Visa Mastercard American Express Discover Otra: _____

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento (MM/AA): _____

Si completa este formulario desde un teléfono, verifique que la fecha complet

Código de Seguridad (CVV): _____

Código Postal de Facturación del Titular: _____

Al firmar a continuación, autorizo a Manhattan Psychology Group (MPG) a cargar los servicios profesionales prestados a mi tarjeta de crédito, débito o HSA/FSA.

Por favor, revise y confirme las siguientes políticas marcando cada elemento y colocando sus iniciales y la fecha al final.

- 1. Autorizo a MPG a cargar mi tarjeta por los servicios prestados.**
- 2. Entiendo que, si no asisto a mi cita o cancelo dentro de las 24 horas previas, MPG cobrará el monto total de la sesión como cargo por cancelación tardía o inasistencia.**
- 3. Verifico que la información de la tarjeta de crédito indicada arriba es correcta según mi conocimiento. Entiendo que soy responsable del saldo total si el pago es rechazado, incorrecto o marcado como fraudulento.**

- 4. Entiendo que, si no se ha efectuado el pago y no existen acuerdos alternativos dentro de los 30 días, mi saldo puede ser enviado a cobros.**
-

Reconocimiento

Nombre del Titular de la Tarjeta: _____

Fecha: _____