THE PRACTICE

Por la presente autorizo "El abogado" a debitar mi cuenta de cheques o tarjeta de crédito según lo acordado mensual por los servicios prestados por "The Practice.

Entiendo perfectamente que es mi responsabilidad de proveer y mantener la más actualizada los registros de mi cuenta financiera, información de cuentas bancarias y cualquier otra información financiera que afectaría mis pagos mensuales.

Entiendo que al firmar este formulario estoy firmando para arriba para "El abogado" por un mínimo de seis meses. También entiendo que no puedo romper este contrato sin deverles la totalidad de los pagos de 6 meses. Si despups de los elis me els deseo cancelar este servicio Soy consciente de que voy a tener que llamar y dar un aviso de dos semanas para detener los pagos mensuales.

Por favor circule el Plan de su elección

Plan #1- **De práctica de $ 69.00 por persona**

Plan #2- **De práctica de $ 99.00 por persona**

Añada- **Farmacia familiar por tan solo de $ 44 por persona**

Nombre en la tarjeta_____Codigo Postal_____

Número de Tarjeta de Crédito_____

Fecha experation_____

Fecha del débito mensual_____

Firma_____Fecha_____