



**I N S T I T U T E F O R
P R A C T I C A L L I F E**

"your place for psychotherapy and wellness"

24 North 3rd Avenue, Suite 100 C / Highland Park, NJ 08904

Phone: (732)610-5119 / Fax:(908)275-8073

Mailing address: P.O.Box 23 / Edison, NJ 08818

contact@practicallifepsychotherapy.org

www.practicallifepsychotherapy.org

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE PAGO CON TARJETA DE CREDITO / INFORMACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por favor complete todos los campos. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándose con nosotros. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que se cancele.

Nombre del paciente:.....

Apellido:.....

INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Tipo de tarjeta: MASTERCARD VISA DISCOVER AMERICAN EXPRESS OTRA:.....

Nombre en la tarjeta:.....

Número de cuenta:.....

Código de seguridad:..... Fecha de expiración:..... /

Dirección de facturación:.....

Dpto:..... Ciudad:..... Estado:..... Cod. Postal:.....

Correo electrónico:.....

ACUERDO PARA PAGAR

Entiendo que soy financieramente responsable ante IPL (Institute for Practical Life) por los servicios prestados. Acepto pagar el copago, el coseguro y cualquier deducible estipulado por mi plan de seguro. El pago vence en el momento de mi cita. Es mi responsabilidad informar a IPL de cualquier cambio que afecten la facturación o los cargos a mi cuenta. Esto incluye cambios en cualquiera de mis terceros pagadores, ingresos o estado familiar. Entiendo que se seguirán los procedimientos de cobro estándar si no se realiza el pago.

Nombre:.....

Apellido:.....

Fecha:.....

Firma:.....