# El ACUERDO de la AUTORIZACION
# DIRIGE PAGOS (ACH CARGA EN CUENTA)

Yo (nosotros) por la presente autoriza HOSPITAL/DISPENSARIO de COMUNIDAD de CONDADO de PERSECUCION, en esto después de llamado CCCH, a asientos de débito a mi (nuestro) cuenta indicó abajo y la INSTITUCION FINANCIERA denominó abajo, en esto después de llamada INSTITUCION, para cargar en cuenta mismo a tal cuenta. Yo (nosotros) reconoce el principio de transacciones de ACH a mi (nuestro) cuenta debe conformarse con las provisiones de U. S. ley.

_____ _____
(Nombre de Institución financiera) (La rama/ciudad)

_____
(Dirección) (La ciudad) (El estado) (código)

_____ _____ El tipo de Cuenta ___Checking ___Savings
(Número de dirigir/tránsito) (Número de cuenta)

La fecha de retirada ___10th del mes ___ 20 del mes

La cantidad de retirada por mes $_____Hospital

$_____Clinica

Esta autoridad incluye todas las cuentas de la ser-paga en Hospital/Dispensario de Condado de Persecución para este garante. Esta autoridad es de quedarse vigente y el efecto hasta que CCCH haya recibido notificación escrito de mí (o cualquiera de nosotros) de terminación en tal tiempo y la manera como proporcionar CCCH y la INSTITUCION que una oportunidad razonable para afectarlo. Si mi cuenta bancaria es sobregirada, comprendo que mi cuenta en CCCH es susceptible a políticas de colección. Un honorario del sobregiro de $20 será añadido a mi cuenta.

_____ _____
(imprima nombre individual) (imprima nombre individual)

_____ _____
(firma) (fecha) (firma) (fecha)

CONECTE POR FAVOR UN CHEQUE VACIADO A ESTA FORMA