



**Acuerdo de Membresia**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Numero de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Acepto, entiendo y apruebo los cargos mensuales en mi tarjeta de crédito para mi membresía en The Village Pediatric & Wellness Center.

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Tipo de tarjeta: \_\_\_ Visa \_\_\_ MasterCard \_\_\_ American Express \_\_\_ Discover Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Código de seguridad de la tarjeta \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad (\_\_\_\_\_): Estado (\_\_\_\_\_): Código postal: \_\_\_\_\_

Comentarios:

Type of Visit	Date of Visit	
Well Child Visit		
Visit 1		
Visit 2		
In house test 1		
In house test 2		

