

**ACUERDO DE AUTORIZACION PARA LA PREAUTORIZACION DE LA DEDUCCION MENSUAL DE CUENTA BANCARIA**

Nombre de la Empresa: California Dental Network, Inc.  
Numero de Identification de la Empresa: 3123/0001

Yo por la presente autorizo a **CALIFORNIA DENTAL NETWORK, INC.**, de aqui en adelante conocida como la EMPRESA, para iniciar deducciones/ cargos abonando a mi cuenta indicada abajo y la institucion financiera nombrada abajo, de aqui en adelante conocida como la INSTITUCION FINANCIERA, para deducir/cargar al igual a la conocida cuenta.

Institucion Financiera: \_\_\_\_\_

Transito/ABA No. \_\_\_\_\_  
(los primero nueve numeros en la parte inferior del cheque)

No. de Cuenta \_\_\_\_\_

Esta autorizacion debera seguir en efecto hasta que la EMPRESA y la INSTITUCION FINANCIERA hayan recibido una notificacion por escrito de mi parte pidiendo la terminacion en dado tiempo y en tal manera que se le proporciona a la EMPRESA y a la INSTIRUCION FINANCIERA una oportunidad razonable para actuar. Entiendo que puedo cancelar esta autorizacion proporcionando una carta por escrito a la EMPRESA por lo menos cinco dias habiles de la fecha de pago. Entiendo tambien que el cancelar mi autorizacion no me alivia de la responsabilidad de pagar mi cuenta por complete.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Porfavor escriba su nombre en molde y firme en la segunda linea)

**ACUERDO DE AUTORIZACION PARA LA PREAUTORIZACION DEL CARGO MENSUAL DE TARJETA DE CREDITO**

(hasta ser terminado o cancelado por escrito)

Tipo de Tarjeta de Credito : ( Porfavor seleccione uno) Am Ex\_\_\_ MasterCard\_\_\_ Visa\_\_\_ Discover\_\_\_

Numero de Tarjeta de Credito: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiracion: \_\_\_\_\_

Nombre tal como aparece en la Tarjeta: \_\_\_\_\_  
(Porfavor escriba su nombre en molde y firme en la segunda linea)

Firma(s): \_\_\_\_\_

E-Mail to:  
membership@caldental.net

Mail to:  
California Dental Network, Inc.  
23291 Mill Creek Dr. Ste. 100  
Laguna Hills, CA 92653

Fax: 949-830-1655