



BLOOMING FAMILIES CLINIC ACUERDO: PAQUETE 4TO TRIMESTRE

Este Acuerdo de Paciente (Acuerdo) es entre The Way Family Clinic, LLC, conocido como Blooming Families Clinic, y/o la Dra. Lorimar Ortiz (en adelante Clínica, Nosotros), y _____ (Paciente o encargado, o Usted).

1. Trasfondo

La Clínica, con base en Coamo, PR pero cuyos servicios se ofrecen de manera presencial en el Gogo Pediatric Institute, ubicado en 1123 Avenida Hostos, Ponce, PR 00716 proporciona atención primaria continua a sus pacientes/miembros en un modelo de cuidado por pago directo (DPC). A cambio de ciertas tarifas periódicas, la Clínica se compromete a proporcionar los Servicios descritos en este Acuerdo bajo los términos y condiciones contenidos en él. La Clínica principalmente ofrece sus servicios de cuarto trimestre por medio de visitas al hogar y por telemedicina.

2. Definiciones

- 2.1. **Servicios.** En este Acuerdo, "Servicios" se refiere a la recopilación de servicios, médicos y no médicos, que se describen en el Apéndice A (adjunto e incorporado para referencia), que aceptamos proporcionarle bajo los términos y condiciones de este Acuerdo.
- 2.2. **Paciente.** En este Acuerdo, "Paciente", "Miembro", "Usted" o "Suyo" se refiere a las personas para las que la Clínica proporcionará atención, que han firmado este Acuerdo, y/o cuyos nombres aparecen en el Formulario de Inscripción del Paciente (adjunto como Apéndice B e incorporado para referencia).

3. Acuerdo

- 3.1. **Plazo.** Este Acuerdo tendrá una duración de uno a dos meses (dependiendo de su elección) luego del parto, comenzando en la fecha en que sea plenamente ejecutado por las partes. Ninguna relación médico/paciente está intencionada o existirá hasta que este Acuerdo sea plenamente ejecutado por las partes.
- 3.2. **Eventualidades:** En la eventualidad de que ocurra un parto prematuro o alguna hospitalización prolongada. Se redefinirán los servicios acordes a la necesidad particular de la madre.

- 3.3. Terminación.** Cualquiera de las partes puede cancelar este Acuerdo en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la otra parte previo a la provisión de la consulta prenatal, la cual marca el inicio de los servicios en este paquete. Una vez comenzados los servicios el Paciente se compromete a pagar los servicios aquí descritos en su totalidad según la estipulaciones en el inciso 3.4.
- 3.4. Pagos y Reembolsos – Importes y Métodos.**
- A. A cambio de los Servicios descritos en el Apéndice A, usted acepta pagar un monto total según el que aparece en el Apéndice C, que se adjunta e incorpora para referencia;
 - B. Para reservar el servicio del Cuarto Trimestre, el Paciente pagará un depósito no reembolsable de \$75.00 que se descontará del costo total del paquete al momento de comenzar a pagar los servicios;
 - C. Tras la ejecución de este Acuerdo, el Paciente es responsable de pagar el monto total como se describe en el Apéndice C.
 - D. El calendario de pagos se basará en la selección del paciente en el Apéndice C.
 - E. Las Partes acuerdan que la forma de pago requerida será mediante pago automático a través de tarjeta de crédito/débito o por ATH Móvil.
- 3.5. Terminación anticipada.** En el caso de que la Clínica cancele los servicios descritos en este Acuerdo la misma se compromete a notificar al Paciente a la mayor brevedad posible y (1) reembolsar al Paciente el costo total del paquete de servicios o, (2) en caso de haber recibido servicios, reembolsar el costo de los servicios no provistos según sea aplicable. Igualmente, la clínica tendrá como compromiso orientar al paciente sobre proveedores de salud para la continuidad de su cuidado.
- 3.6. No Participación en Seguros.** El Paciente entiende que la Clínica no participa en ningún seguro de salud, planes HMO o cualquier otro pagador de salud, y que está excluida voluntariamente de Medicare. Como tal, ni el Paciente ni la Clínica pueden solicitar reembolso de terceros pagadores por los servicios proporcionados al Paciente que están incluidos en este Acuerdo. Del mismo modo, la Clínica no puede proporcionar a los Pacientes recibos o superfacturas por servicios individuales distintos de los que no están incluidos en el Acuerdo y se pagan a modo de pago por servicio.

- 3.7. **Medicare y Medicaid.** El Paciente entiende que la Clínica y el personal optaron por no participar en Medicare y Medicaid. En consecuencia, tanto la Clínica como el Paciente tienen prohibido por ley solicitar el reembolso de Medicare por cualquiera de los Servicios incluidos y proporcionados en virtud de este Acuerdo. Las partes acuerdan no intentar obtener el reembolso de Medicare por los servicios proporcionados por la Clínica. Si el Paciente es elegible para Medicare o se convierte en elegible durante la vigencia de este Acuerdo, acepta notificar a la Clínica inmediatamente y firmar el Contrato Privado de Medicare proporcionado por la Clínica según lo exige la ley.
- 3.8. **Este Acuerdo no es un Seguro de Salud.** El Paciente reconoce que la Clínica ha aconsejado, y el Paciente entiende, que este Acuerdo no es un plan de seguro o un sustituto para el seguro de salud y no incluye servicios hospitalarios, tratamiento de sala de emergencias, o cualquier servicio comprado y / o aquellos no proporcionados personalmente por la Clínica o su personal. Este Acuerdo incluye únicamente los Servicios identificados en el Anejo A. Si un Servicio no aparece específicamente en el Apéndice A, no se incluye en este Acuerdo. En consecuencia, el Paciente reconoce que la Clínica le ha aconsejado obtener, o continuar en plena vigencia, un seguro que cubrirá los servicios de salud que no están incluidos en este Acuerdo.
- 3.9. **Comunicaciones.** La Clínica se esfuerza por proporcionar a nuestros pacientes la comodidad de una amplia variedad de opciones de comunicación electrónica. Aunque tenemos cuidado de cumplir con los requisitos de confidencialidad del paciente y hacer todo lo posible para proteger Su privacidad, las comunicaciones por correo electrónico, fax, video chat, Spruce, teléfono celular, mensajes de texto y otros medios electrónicos nunca pueden garantizarse como métodos de comunicación 100% seguros o confidenciales. Al colocar sus iniciales al final de esta Cláusula, Usted indica Su comprensión y reconocimiento de lo anterior. Usted acepta que al iniciar o participar en los medios de comunicación anteriores, renuncia expresamente a cualquier garantía de absoluta confidencialidad con respecto a su uso. Usted entiende además que la participación en los medios de comunicación anteriores no es una condición de pertenencia a esta Clínica, que no está obligado a rubricar esta Cláusula; y que usted tiene la opción de rechazar cualquier medio particular de comunicación. _____ **(Iniciales)**
- 3.10. **Uso de correo electrónico y texto.** Al proporcionar una dirección de correo electrónico en el Apéndice B adjunto, el Paciente autoriza a la Clínica y a su personal a comunicarse con él /ella por correo electrónico con respecto a la "información médica protegida" (PHI) del Paciente. Al proporcionar un número de teléfono celular en el Apéndice B y marcar la casilla "Sí" en la pregunta de consentimiento correspondiente, el Paciente

autoriza la comunicación por medio de mensajes de texto que contenga PHI a través del número proporcionado. El Paciente reconoce además que:¹

- A. El correo electrónico, Spruce y los mensajes de texto no son necesariamente métodos seguros para enviar o recibir PHI, y siempre existe la posibilidad de que un tercero pueda obtener acceso;
- B. Aunque la Clínica y su personal harán todos los esfuerzos razonables para mantener las comunicaciones por correo electrónico y texto confidenciales y seguras, no podemos asegurar ni garantizar la confidencialidad absoluta de estas comunicaciones;
- C. También entiende y acepta que el correo electrónico, Spruce y los mensajes de texto no son medios de comunicación adecuados en caso de emergencia, para tratar cuestiones sensibles al tiempo o para divulgar información confidencial. En una emergencia o una situación en la que razonablemente podría esperarse que se convierta en una emergencia, Usted entiende y acepta llamar al 911 o acudir al personal de emergencia más cercano.

3.11. Fallo técnico. Ni la Clínica ni su personal serán responsables de ninguna pérdida, lesión o gasto que surja de un retraso en la respuesta al Paciente cuando ese retraso sea causado por fallas técnicas. Ejemplos de fallas técnicas: (i) fallas causadas por un proveedor de servicios de Internet o telefonía celular; (ii) cortes de energía; (iii) fallo del "software" de mensajería electrónica o del proveedor de correo electrónico; (iv) fallo de los ordenadores o de la red informática de la Clínica, o transmisión de datos por teléfono o cable defectuosa; (iv) cualquier interceptación de comunicaciones por correo electrónico por parte de un tercero que no esté autorizada por la Clínica; o (v) El incumplimiento por parte del paciente de las directrices para el uso de correo electrónico o mensajes de texto, como se describe en este Acuerdo.

3.12. Ausencia médica. De vez en cuando, debido a conferencias, vacaciones, enfermedad, paciente o emergencia personal, etc., el médico puede no estar disponible temporalmente. Cuando tales ausencias se conozcan con antelación, la Clínica notificará inmediatamente a los Pacientes para que puedan programar la atención no urgente en consecuencia. Durante ausencias inesperadas, los pacientes con citas programadas serán notificados tan pronto como sea posible, y las citas serán reprogramadas a conveniencia del Paciente. Si, durante la ausencia del médico, el paciente experimenta un problema médico agudo que requiere atención inmediata, el paciente debe proceder a un Centro de Urgencia u otro centro adecuado

¹ Como se define ese término en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y su reglamentos de aplicación.

para el tratamiento. Los cargos del Centro de Urgencia o de cualquier otro proveedor externo no están incluidos en este Acuerdo y son responsabilidad del Paciente. Sin embargo, el Paciente puede presentar dichos cargos a su seguro o solicitar que el proveedor externo haga lo mismo. No podemos garantizar el reembolso del seguro.

- 3.13. Resolución de disputas.** Cada parte se compromete a no hacer declaraciones inexactas o falsas y despectivas, orales, escritas o electrónicas, sobre la otra. Nos esforzamos por ofrecer solo la mejor atención médica personalizada a cada Miembro, pero ocasionalmente surgen malentendidos. Damos la bienvenida al diálogo sincero y abierto con nuestros Miembros, especialmente si no cumplimos con las expectativas, y estamos comprometidos a resolver todas las preocupaciones de los pacientes.

Por lo tanto, en el caso de que un Miembro esté insatisfecho con, o tenga preocupaciones acerca de, cualquier miembro del personal, servicio, tratamiento o experiencia que surja de su membresía en esta Clínica, el Miembro y la Clínica acuerdan abstenerse de hacer, publicar, o hacer que se publiquen en Internet o cualquier medio social, cualquier comentario falso, no confirmado, inexacto, despectivo sobre el otro. Más bien, las Partes acuerdan participar en el siguiente proceso:

- A. El Miembro discutirá en primer lugar cualquier queja, inquietud o problema con la Dr. Ortiz;
- B. La Dr. Ortiz responderá a cada una de los asuntos y quejas del Miembro;
- C. Si después de esa respuesta, el Miembro sigue insatisfecho, las Partes entablarán un diálogo e intentarán llegar a una solución mutuamente aceptable.

- 3.14. Tarifa del paquete y ajustes de oferta de servicio.** En el caso de que la Clínica encuentre necesario aumentar o ajustar el costo de la oferta de Servicio antes de la ejecución del Acuerdo, la Clínica notificará por escrito a Pacientes con 30 días de antelación de cualquier ajuste. Si el Paciente no da su consentimiento a la modificación, el Paciente deberá cancelar el Acuerdo por escrito antes de su visita prenatal. En este caso el depósito aplicable será devuelto al Paciente en su totalidad.

- 3.15. Cambio de ley.** Si hay un cambio en cualquier ley, regulación o regla federal, estatal o local aplicable que afecte los términos de este Acuerdo, las partes acuerdan proveer un aviso a la otra parte y modificar este Acuerdo para cumplir con la ley.

- 3.16. **Divisibilidad.** Si alguna parte de este Acuerdo es considerada legalmente inválida o inaplicable por un tribunal de jurisdicción competente, esa parte se modificará solo en la medida necesaria para ser ejecutable, y el resto del Acuerdo permanecerá en vigor como se escribió originalmente.
- 3.17. **Enmienda.** Salvo lo dispuesto anteriormente, ninguna modificación de este Acuerdo será vinculante para una parte a menos que sea por escrito y firmada por todas las partes.
- 3.18. **Asignación.** Ni este Acuerdo ni ningún derecho que surja en virtud de este, podrá ser cedido o transferido sin el Acuerdo de las Partes.
- 3.19. **Significancia legal.** Usted reconoce que este Acuerdo es un documento legal y otorga a las partes ciertos derechos y responsabilidades. También reconoce que no está sufriendo ninguna emergencia médica. Usted ha tenido un tiempo razonable para buscar asesoramiento legal con respecto al Acuerdo y ha optado por no hacerlo o lo ha hecho y está satisfecho con los términos y condiciones del Acuerdo.
- 3.20. **Misceláneos.** El presente Acuerdo se interpretará sin tener en cuenta las normas que exijan que se interprete en contra de la parte redactora. Los subtítulos de este Acuerdo son sólo por conveniencia y no tienen ningún significado legal.
- 3.21. **Acuerdo completo.** Este Acuerdo contiene el Acuerdo completo entre las partes y reemplaza cualquier entendimiento y acuerdo anterior, ya sea escrito u oral.
- 3.22. **No Abdicación.** Cualquiera de las Partes puede optar por retrasar o no hacer cumplir un derecho o deber en virtud de este Acuerdo. De hacerlo no constituirá una renuncia a ese deber o responsabilidad y la parte conservará el derecho absoluto a hacer valer dichos derechos o deberes en cualquier momento en el futuro.
- 3.23. **Jurisdicción.** Este Acuerdo se registrará e interpretará bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Todas las disputas que surjan de este Acuerdo se resolverán en la corte de competencia y jurisdicción apropiada para Coamo, Puerto Rico.
- 3.24. **Aviso.** El aviso según lo requerido en el inciso 3.15 anterior puede lograrse ya sea por medios electrónicos en la dirección de correo electrónico proporcionada por la parte para ser notificado o a través de correo de primera clase de los EE. UU. Todos los demás avisos requeridos deben ser entregados por correo de primera clase a la Clínica, en la siguiente dirección: PO Box 7, Coamo, PR 00769; y al Paciente, a la dirección proporcionada en el Apéndice B.

- 3.25. **Firma Electrónica.** Este Acuerdo puede ser ejecutado por firma manuscrita o electrónicamente (marcando la casilla correspondiente donde se indique). Las Partes acuerdan que el método constituirá una firma legal e indica que la parte entiende y acepta los términos de este documento.
- 3.26. **Clínica Educativa.** En el espíritu de nuestro compromiso educativo, es posible que tengamos de 1 a 2 estudiantes de medicina presentes durante sus consultas. Ellos están aquí solo para aprender y no realizan intervenciones mayores sin supervisión. Si prefiere que no participen en sus visitas, el Paciente está encargado de notificar por medio de correo electrónico o a través de algunas de nuestras plataformas de comunicaciones. ¡Estamos aquí para hacer tu experiencia lo más cómoda posible!

Las Partes pueden haber firmado contrapartes duplicadas de este Acuerdo en la fecha escrita por primera vez anteriormente.

Blooming Families Clinic:

- **Por: Lorimar Ortiz Ortiz, MD**

Firma del médico

Fecha (MM/DD/AAAA)

Paciente:

• _____o

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)

APÉNDICE A

Servicios

NO SOMOS ESPECIALISTAS EN DOLOR Y NO PRESCRIBIMOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE FORMA CONTINUA. LA CLÍNICA NO ALMACENA NI DISPENSA MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN LA OFICINA.

1. **Servicios Médicos.** Este Acuerdo da derecho al Paciente a los Servicios Médicos identificados a continuación, según se considere apropiado bajo las circunstancias, a la sola discreción del médico. El Paciente es responsable de todos los costos asociados con cualquier medicamento, prueba de laboratorio y análisis de muestras relacionados con estos Servicios que no son proporcionados personalmente por el personal de Clínica.*
 - Consulta Prenatal Virtual con una duración de aprox 30 a 45 mins
 - Evaluación de un solo recién nacido en la comodidad de su hogar (4 a 6 visitas, dependiendo del paquete elegido)
 - Evaluación Post-Parto de Mamá en su hogar (4 a 6 visitas, dependiendo del paquete elegido; en la misma fecha de bebé)
 - Apoyo a la lactancia
 - Cernimiento de Depresión Postparto y Ansiedad
 - Plan de Regreso al trabajo
 - 1 a 2 meses de Membresía "Direct Primary Care" según descrito a continuación:
 - Visitas de telemedicina agudas y no agudas
 - "Coaching" de Salud
 - Asesoramiento para la reducción de peso
 - Cuidado preventivo
 - Examen y evaluación de bienestar anual, personalizado y a fondo
 - Cuidado de la mujer
 - Cuidado preventivo de niños
 - Cuidado del recién nacido
 - Monitoreo de la presión arterial
 - Manejo de enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, asma)
 - Remoción de Cerumen (cera de oído)
 - Reparación de heridas y suturas
 - Incisión de absceso y drenaje
 - Consultoría de lactancia
 - Cuidado de heridas simples

* El Paciente es responsable de todas las tarifas asociadas con cualquier prueba de laboratorio y análisis de muestras.

2. **Servicios no médicos y personalizados.** La Clínica también proporcionará al Paciente los siguientes servicios no médicos, que son complementarios a nuestros miembros en el curso de la atención:

- **Citas dentro de la misma semana laboral.** Sujeto a las limitaciones del inciso 3.12 anterior, el paciente puede ser programado para una cita dentro de la misma semana laborable cuando lo desee y sea apropiado.
- **Citas sin tiempo de espera o de espera mínima.** Se hará todo lo posible para asegurar que el paciente sea visto por el médico inmediatamente a la hora pautada de su cita cuando es por telemedicina o con un tiempo de espera mínimo. Debido a las variaciones en el tráfico en las vías de tránsito en Puerto Rico se asume bastante flexibilidad en el horario de las visitas a domicilio. Si el médico prevé un tiempo de espera, se contactará con el paciente y le notificará del tiempo de espera proyectado. El paciente tendrá la opción de ser atendido a la hora ajustada, o reprogramar en una fecha conveniente para el paciente.
- **Acceso después de horas laborables.** Sujeto a las limitaciones del inciso 3.9 anterior, el paciente tendrá acceso directo a su médico para obtener orientación con respecto a las preocupaciones urgentes que surjan *inesperadamente* después del horario de oficina. El acceso al médico será por llamadas telefónicas al número de la clínica, Spruce o mensajes por el portal del paciente. Los mensajes de texto o correos electrónicos se pueden utilizar cuando el Médico y el Paciente estén de acuerdo en que es apropiado.
- **Acceso por correo electrónico.** Sin perjuicio de las limitaciones del inciso 3.9 anterior, el Paciente deberá recibir la dirección de correo electrónico del médico a la que se puedan dirigir las comunicaciones no urgentes. El Paciente entiende y acepta que ni el correo electrónico ni el Internet deben utilizarse para acceder la atención médica en caso de una emergencia o cualquier situación que razonablemente pueda convertirse en una emergencia. El Paciente acepta que en esta situación, cuando no pueda hablar con el médico en persona o por teléfono, llamará al 911 o irá al proveedor de asistencia médica de emergencia más cercano, y seguirá las instrucciones del personal médico de emergencia.
- **Coordinación de Atención al Paciente.** El médico asistirá en los referidos de Paciente para la atención especializada y coordinar con los especialistas del paciente para asegurar la continuidad de la atención según corresponda. El paciente entiende que los honorarios pagados bajo este Acuerdo no incluyen los honorarios y gastos de los médicos especializados o los honorarios y gastos de cualquier profesional médico que no sea el Médico de la Clínica.
- **Visitas a domicilio.** La visita prenatal será provista de manera virtual o en nuestras oficinas en Ponce, PR. Las visitas posparto para evaluar a mamá y bebé serán en el hogar y están limitadas a los pueblos entre Caguas y Dorado transitando por la PR-52 tal y como se establece en el Apéndice C.

APÉNDICE B

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES

Los honorarios establecidos en el apéndice C adjunto, se aplicarán a los siguientes Pacientes, que al firmar a continuación (o como padre o tutor legal), certifican que han leído y aceptan los términos y condiciones de este Acuerdo.

Marque "Sí" donde se indica solo si acepta la comunicación con mensajes de texto y proporcione la dirección de correo electrónico solo si acepta la comunicación por correo electrónico. Su firma indica la aceptación de los términos del acuerdo del paciente.

PACIENTE 1

NOMBRE DEL PACIENTE _____

(Favor escribir su nombre completo, segundo nombre, apellido y segundo apellido si aplica)

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DIRECCIÓN POSTAL _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN FÍSICA _____

(Favor completar solo si es diferente a la dirección postal)

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO TELEFÓNICO: *(Favor marcar con una x su número de contacto preferido)*

☐ HOGAR: _____

☐ CELULAR: _____

☐ EMPLEO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ACEPTO LA COMUNICACIÓN DE TEXTO: *(Favor escribir marcar con una x su preferencia)*

☐ Sí

☐ No

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

PACIENTE 2

NOMBRE DEL PACIENTE _____

(Favor escribir su nombre completo, segundo nombre, apellido y segundo apellido si aplica)

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DIRECCIÓN POSTAL _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO TELEFÓNICO: *(Favor marcar con una x su número de contacto preferido)*

☐ HOGAR: _____

☐ CELULAR: _____

☐ EMPLEO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ACEPTO LA COMUNICACIÓN DE TEXTO: *(Favor escribir marcar con una x su preferencia)*

☐ Sí

☐ No

RELACIÓN CON EL PACIENTE 1: _____

Firma del paciente 1

Fecha (MM/DD/AAAA)

Firma del médico

Fecha (MM/DD/AAAA)

Apéndice C

DESGLOSE DE TARIFAS²

Paquete 4to Trimestre

Incluye una visita prenatal (virtual o en oficina), una consulta de seguimiento a las seis semanas (virtual o en oficina) y 4 visitas al hogar para evaluar a mamá y bebé (ie. primera, segunda y cuarta semana; y al segundo mes), acceso a la Dra. Lorimar Ortiz y a su equipo clínico mediante Spruce o llamadas, apoyo en la lactancia, plan de regreso al trabajo (si aplica), y cernimiento de depresión y ansiedad posparto. *Elija su plan de pago de preferencia a continuación:*

_____ **Pago único: \$2,599.00**

Depósito*: \$75.00

Monto pendiente: \$2,524 a ser pagados en la primera visita al hogar

_____ **Plan de pagos (2 plazos): \$2,675.00**

Depósito*: \$75.00

Monto pendiente: \$2,600.00 a ser pagados de la siguiente manera

Pago #1 \$1,300.00 en la primera visita al hogar

Pago #2 \$1,300.00 en la tercera visita al hogar

Blooming Families Clinic:

- **Por: Lorimar Ortiz Ortiz, MD**

Firma del médico

Fecha (MM/DD/AAAA)

Paciente:

- _____o

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)

² Costo de paquetes desglosado aplica para los siguientes pueblos: Caguas, Guaynabo, San Juan, Carolina, Trujillo Alto, Cataño, Bayamón, Toa Alta, Toa Baja y Dorado.

**Para reservar su servicio de 4to Trimestre se requerirá un depósito NO reembolsable por un costo de \$75.00. El mismo será deducido del costo total de servicios una vez se comiencen a ofrecer los servicios, tal y como indicado en el inciso 4 del Acuerdo del Paciente.*

Información de Pago*

Favor de proporcionar la siguiente información sobre su tarjeta de crédito.

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: ____/____

Valor de Verificación de Crédito (CVV): _____ *(Este es el código secreto de 3-4 dígitos impresos*

en la parte posterior de la tarjeta de plástico. Es necesario para confirmar el retiro de fondos de la cuenta.)

Autorizo a que se me descuente la cantidad seleccionada en el Apéndice C: DESGLOSE DE
TARIFAS.

Firma Autorizada

Bf