

**DESERT PINES EQUINE  
MEDICAL AND SURGICAL CENTER**

**AUTORIZACION DE TARJETA DE CREDITO**

Esta forma confirma su petición de pago por tarjeta de crédito. Al someter esta forma, usted concuerde de pagar cualquier y todo las cantidades y cargos hechos hacia Desert Pines Equine Center a su cuenta de tarjeta de crédito especificado abajo y autorizando a Desert Pines Equine Center para obtener aprobación de dicha compañía de tarjeta de crédito.

Yo autorizo a Desert Pines Equine Center cobrar los cargos con la tarjeta de crédito especificado abajo. Yo afirmo que so al menos 18 años de edad y que estoy legalmente autorizado de usar la tarjeta de crédito especificado abajo. Por lo tanto, yo entiendo y concuerdo que cualquier cargos hechos en la cuenta especificada abajo don totalmente no reembolsable, y acuerdo de pagar conforme a mi acuerdo de tal compañía de tarjeta de crédito, cualquier dichos cargos hechos por mí en el pasado y de ahora en adelante. Adicionalmente, yo concuerdo de no hacer a Desert Pines Equine Center responsable de y en contra de cualquier y todos los reclamos de cualquier tipo cargos hechos de dicha cuenta de tarjeta de crédito se deberá pagar por completo.

**INFORMACION DE TARJETA DE CREDITO**

Tipo de tarjeta: \_\_VISA \_\_MASTERCARD \_\_AMERICAN EXPRES \_\_OTRO

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración \_\_\_\_\_

Nombre del responsable de tarjeta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de tarjeta: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco de la tarjeta de crédito y teléfono del Departamento de servicio:

Nombre de Banco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION PERSONAL**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Por mi petición por Desert Pines Center, yo autorizo a Desert Pines Equine Center cobrar los cargos mi tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

