

U.S. DENTAL CARE Solicitud/renovación de Tarjeta de Acceso

260 West Main St., Suite 215 A
Hendersonville, TN 37075
(888) 780-8988 ó (615) 265-2385
Fax (615) 265-2399
www.us-dentalcare.com

- Solicitud nueva
- Renovación

Miembro (nombre, inicial, apellido) _____ Fecha nacimiento _____

SSN _____ Teléfono hogar () _____ Teléfono trabajo () _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Cód. postal _____

Miembros adicionales	Parentesco	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(puede escribir nombres adicionales al dorso de la solicitud)

OPCIONES DE CUOTAS DE MEMBRESÍA

Anualidades por familiar (cónyuge e hijos dependientes) \$80

Mensualidades por familiar (cónyuge e hijos dependientes) \$7.50

El pago inicial incluye la tarifa de membresía de los primeros dos meses.

Cantidad pagada el día de la inscripción \$ _____

Tipo de pago: Cheque (anual solamente) Letra bancaria Orden de pago (anual solamente) Visa MC DISC

Las mensualidades se debitarán o cobrarán el día 3 ó 17 de cada mes.

INFORMACIÓN SOBRE LA TARJETA DE CRÉDITO

Tarjeta núm. _____ Cód. VCC (últimos 3 dígitos del núm. al dorso) _____ Fecha vencim. _____

INFORMACIÓN DE LA LETRA BANCARIA

Para pagar con letra bancaria se debe incluir un cheque anulado con la solicitud.

Autorizo/autorizamos a U.S. Dental Care, Inc., en adelante la Compañía, para iniciar débitos y, si fuera necesario, créditos y a realizar cualquier ajuste que sea necesario de débitos errados de mi(nuestra) cuenta de cheques o de ahorros indicada más abajo y al depositario nombrado abajo, en adelante el Depositario, a debitar la misma cantidad de dicha cuenta.

Depositario _____ Agencia _____

Ciudad/Estado _____ Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Número de enrutamiento _____ Número de cuenta _____

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la Compañía reciba de mí (o de cualquiera de nosotros) una notificación de rescisión escrita cuya antelación y términos permitan que tanto la Compañía como el Depositario cumpla con la letra de ésta.

AUTORIZACIÓN

Mi firma autoriza a U.S. Dental Care a cobrar a mi tarjeta de crédito o debitar a mi cuenta bancaria las tarifas indicadas arriba.

Firma _____ Fecha _____

Nota: Si cancela en un lapso de 30 días de la fecha de su pago, se le reintegrará las tarifas de inscripción. El incumplimiento del pago de las tarifas ocasiona la cancelación de la membresía. Comuníquese con U.S. Dental Care si tiene preguntas o dudas o desea cambiar el método de pago.

Rep. USDC _____	Grupo _____
Corredor _____	Fecha de vigencia _____

Esto no es un seguro sino una Tarjeta de Acceso para recibir descuentos de proveedores que participan.