

## Instructions for Payment by Credit Card

**Please note:** This form must be completed and signed by the cardholder and received by us before a transaction will be made. You must include a photo copy of the credit card and the cardholder's Photo Identification and must be able to read the information clearly. The name on the ID, the credit card, and the signature line must match. In our attempt to eliminate fraud, we will not process any payment until all criteria are met. Your information is kept strictly confidential and only used for single transactions.

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Cardholder's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Card Number: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

3-digit Security Code: \_\_\_\_\_

Billing Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I authorize Reproductive Services to charge/debit my card \$\_\_\_\_\_ and understand this is **non-refundable** to secure an appointment.

\_\_\_\_\_  
Cardholder's Signature (handwritten, not typed)

\_\_\_\_\_  
Date

\*Refunds will be credited back to the original card used and can take up to 10 business days to reflect on your account depending on your banking institution.

## Instrucciones para el Pago de Tarjeta de Crédito

**Por favor tomar en cuenta:** Esta forma debe de ser completada y firmada por el dueño de la tarjeta de crédito, y recibida por nosotros para poder cobra el pago. El paciente debe de estar disponible a través del teléfono antes de segura la fecha y hora de su cita. Las citas son echas basadas por primeros pagos hechos. Gracias por su cooperación.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Los 3 dígitos de seguridad: \_\_\_\_\_

Dirección de facture y envió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo autorizo a servicios reproductivos para cargar mi tarjeta de crédito \$100. Entiendo que EL PAGO NO ES REEMBOLSABLE para asegurar la fecha de mi cita.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del dueño de la tarjeta (mano escrito)                      Fecha

\*Rembolsos serán acreditados en la tarjeta original se utiliza y puede tomar hasta 10 días hábiles para reflexionar sobre su cuenta en función de su institución bancaria.