

De Baca Family Practice
PO Box 349
Fort Sumner, NM 88119
(575) 355-2414

Acuerdo de Pago

Tengo entendido que ha sido solicitada por De Baca Family Practice Clinic. Soy incapaz de pagar en este momento; Sin embargo, entiendo que soy responsable de todos los cargos acumulados este día.

Estoy de acuerdo en pagar \$_____ antes del día 10 de cada mes siguiente hasta que mi saldo se paga en su totalidad.

Yo entiendo que si no cumplo con mis responsabilidades en contacto con el departamento de facturación o hacer el pago en tiempo y forma , que mi cuenta puede ser elegible para la adopción de nuevas medidas que pueden incluir: **Magistrado de la Corte procedimiento de embargo de los salarios, o informar a mi cuenta a una agencia de colección, lo que puede afectar mi crédito.** También voy a ser responsable de los cargos acumulados a través de ese proceso.

Firma

Cuenta #

En letra de Imprenta

Medical or Dental

Dirección

Fecha

Teléfono

Testigo