



ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGOS DIRECTOS

Nombre de la Empresa: _____ **Número de Grupo:** _____

*Por la presente se autoriza a **SUPERIOR DENTAL CARE** a iniciar débitos de nuestra cuenta indicada debajo a la institución financiera nombrada debajo.*

Nombre en la Cuenta: _____

Número de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta (encierre una opción en un círculo): CUENTA CORRIENTE CUENTA DE AHORROS

Nombre de la Institución Financiera: _____

Dirección: _____

Número de Ruteo y Tránsito: _____

Por favor adjunta una copia de un cheque invalidado para asegurar el correcto procesamiento.

*Esta autorización permanecerá en plena vigencia y efecto hasta que **SUPERIOR DENTAL CARE** haya recibido una notificación por escrito por parte de la **EMPRESA** con el fin de terminar este servicio en dicho tiempo (30 días antes de la fecha de terminación) y para permitir que **SUPERIOR DENTAL CARE** y el **BANCO** actúen en consecuencia.*

NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA: _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Por favor enviar a:
Superior Dental Care
A/A: Departamento de Finanzas
6683 Centerville Business Parkway
Centerville, OH 45459