

Autorización de Tarjeta de Credito

Autorizo a Healing of the Nations, LLC (que opera como La Detective de la Salud) a cargar mi tarjeta de crédito por los servicios de coaching. Entiendo que mi tarjeta se debitará automáticamente dentro de la primera semana de cada mes. Este débito mensual se repetirá hasta que el titular de la tarjeta cancele esta autorización verbalmente con un aviso por escrito inmediatamente siguiente por correo electrónico.

El monto a cobrar es: \$ _____ en dólares estadounidenses.

Usaré mi: ___ Visa, ___Master Card, ___American Express

Número de tarjeta:

Fecha de caducidad:

Nombre en la Tarjeta:

Dirección de Envío:

Número de teléfono de facturación:

Correo electrónico:

Firma del titular de la tarjeta:

Una vez completado el formulario, envíe esta autorización por correo electrónico (puede tomar una foto) a: diane@ladetectivedelasalud.com.

Gracias por su cooperación en este asunto de facturación.

La Detective de la Salud

Diane Sanders