



**AUTORIZACIÓN DE PAGO RECURRENTE**

Señores

Americas Healthcare Services, Inc.

Panama, Republica de Panama

Presente,

Estimados Señores,

Por este medio Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, de nacionalidad \_\_\_\_\_, con identificación personal N° \_\_\_\_\_, autorizo expresamente a Americas Healthcare Services Inc., para que debite de la Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_ (Visa, Mastercard) emitida por el banco \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ (pais de origen), con fecha de vencimiento el \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, la suma de \$ \_\_\_\_\_, el pago mensual del plan premier, numero de afiliacion: \_\_\_\_\_.

Del mismo modo, exonero (amos) expresamente a Americas Healthcare Services Inc. (Panamá), así como a sus compañías afiliadas, subsidiarias, empleados, ejecutivos, directivos, dignatarios o apoderados, de cualquier consecuencia o responsabilidad resultante del ejercicio de solicitar o suministrar información, o por razón de cualesquiera autorizaciones contenidas en la presente carta.

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_