



Acuerdo de Pago

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Cuenta: _____

Balance: _____

Yo, _____, aceptó pagar a Ancor Health Center, PA por los servicios médicos y cirujanos brindados a mi o el paciente del cual soy responsable por todas las fechas de servicio antes de este día. También estoy de acuerdo en pagar cualquier balance necesario en el futuro si llegase a ocurrir.

Estoy de acuerdo en pagar \$ _____ y cualquier otro balance que se haya incurrido durante este tiempo. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad de \$ _____ en el día de _____ de cada mes, hasta que el balance sea pagado en completo.

Comprendo que puedo aumentar la suma de mis pagos mensuales y pagar el saldo por adelantado en cualquier momento. Tenga en cuenta que si por algún motivo no puede realizar sus pagos, llame a la Oficina de Biles y Cuentas al 903.236.8600. Estaremos encantados de ayudarle.

Firma del Paciente/Guardian: _____

Firma de Empleado de Ancor: _____