

Neurology Specialists
2020 E. Desert Inn Rd.
Las Vegas, NV 89169
Phone (702) 796-5505 Fax (702) 732-9830

Payment Agreement

Patient/Paciente _____

Account #/# De Cuenta _____

Balance/Balance Adeudado \$ _____

I, the undersigned, do hereby guarantee payment in full, of any and all medical charges.

I agree to make the first payment on _____ in the amount of \$ _____ and monthly payments thereafter will be due on the _____ of each month, until the balance is paid in full. I understand that this is a legal contract. Failure to make payment as agreed will make all monies due immediately. If for any reason, you are unable to make a payment, you are required to contact our office and make necessary arrangements. Please remember you will not receive statements for this balance. It is your responsibility to make your payments, as per this agreement.

Yo el abajo firmante por este medio garantizo pago completo de cualquier y todos los cargos medicos.

Yo me comprometo a dar el primer pago el dia _____ en la cantida de \$ _____ y pagos mensuales de ayi en adelante se venceran en el dia _____ de cada mes, asta que el balance sea pagado en completo. Yo entiendo que esto es un contrato legal. Fallo en hacer pagos como acordado, resultara en balance completo devido inmediatamente. Si por alguna razon no puede hacer el pago, sera requerido contactar nuestra oficina y hacer arreglos necesarios. Por favor recuerde que no se le mandara ningun bil para este balance. Es su responsabilidad hacer sus pagos, como acordado en este plan de pago.

Signature/Firma

Date/Fecha

Address/Direccion _____

City/State/Zip _____

Phone #/Telefono _____