

Centro Gendiagnostik, S.A.
Avenida Domingo Díaz y Calle Central
David, Provincia de Chiriquí
Panamá
Directora: Oriana Batista, M. Sc, Dr.rer.nat.
Tel/Fax: 774-2871
Web: <http://www.centrodiagnosticogenetico.com>



Fecha: _____

Formulario para pagos por tarjeta de crédito

Agradecemos por la anticipación en el pago y esperamos continuar sirviéndole. Favor complete la información necesaria para pagar con tarjeta de crédito como se indica a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre

Tipo de Tarjeta de Crédito: (Encerrar en círculo) MasterCard Visa American Express

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Tarjeta de crédito #: _____

Fecha de expiración: _____

Código de seguridad: _____

Cantidad a autorizar: _____

Firma: _____

Nombre del contacto: _____

Correo electrónico del contacto: _____

Teléfono del contacto: _____