



CCOF

Organic Certification Education & Outreach Political Advocacy Promotion

CCOF Certificación Services LLC Acuerdo de Plan de Pago

Nombre del Operación: _____

Número de Cuenta: _____

Nombre y Apellido del Pagador: _____

Dirección de e-mail (correo electrónico): _____

Número de Teléfono del Pagador (Día): _____

DIRECTRICES PARA PLANES DE PAGO: Le recomendamos que pague su cuenta totalmente por este plan de pago antes de incurrir en cargos nuevos. Considera cuando hay que pagar el cargo para su próxima inspección y/o su próximo pago anual cuando está decidiendo cuantos pagos quiere hacer en este plan de pago.

Si necesita ayuda en establecer su plan de pago, favor de ponerse en contacto con el departamento de contabilidad.

\$ _____

Total debido en la cuenta: (**tarifa administrativa de \$20 no incluido)

****Favor de agregar la tarifa administrativa de \$20 al primer pago.**

***Quiero hacer:**

3 4 5 6 7 8

Pagos mensuales de: \$ _____
(Total debido dividido por número de meses = su pago mensual)

Cada mes hasta: _____
(La fecha cuando el total debido estará pagado)

Términos y Condiciones:

*Entiendo que por completar, firmar, y **devolver esta aplicación y contrato, con la tarifa administrativa no reembolsable de \$20 y el primer pago debido, yo consiento a inscribirme en un Plan de Pago con CCOF.** Yo entiendo que cada pago de este plan se vence el primero de cada mes. Yo también entiendo si no pago a tiempo, cargos financieros del 18% se agregarán a mi cuenta.*

Entiendo que se puede enviar un incumplimiento por falta de pago y un cargo de \$150 por retraso, cuando el plan de pago establecido tenga mas de 30 días vencido. Considerando que las facturas originales indicadas en el plan de pagos tienen una fecha de vencimiento de mas de 90 días.

Entiendo que este acuerdo aplica unicamente a las facturas pendientes incluidas al día en la línea de "Total debido en la cuenta." Para todas las facturas que quiera agregar a un plan de pagos en el futuro; yo debo de enviar una nueva forma de solicitud y esta deberá ser aprobada por el Presidente.

CCOF tendrá el derecho de terminar mi participación en el plan y declarar la totalidad de la cuenta debido por pagar de inmediato, si no pago cualquier cuota dentro de quince (15) días de la fecha en la cual está debido. Entiendo que si defecto, pierdo mi derecho a participar en este plan en el futuro.

Estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este plan:

Firma _____

Fecha _____

*Favor de enviar esta hoja por correo o fax a CCOF:
2155 Delaware Avenue, Suite 150
Santa Cruz, CA 95060
FAX: (831) 423-4528*

FOR OFFICE USE ONLY: APPROVED: _____ (CCO) _____ (ACCOUNTING) ENTERED: _____ BILLED: _____

06/15/2013

Page 1 of 1

