CCOF Servicios de Certificación LLC Acuerdo de Plan de Pago

Nombre de la Operación: _____

Código de cliente: _____

Nombre y Apellido del Pagador: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono del Pagador: _____

GUIAS PARA EL PLAN DE PAGOS: Le recomendamos que pague su saldo totalmente por este plan de pagos antes de incurrir en nuevos cargos. Considere cuando tendrá que pagar el cargo de su próxima inspección y/o su próximo pago anual cuando esté decidiendo cuantos pagos quiere hacer en este plan de pagos.
Si necesita ayuda en establecer su plan de pagos, favor de ponerse en contacto con el departamento de contabilidad.
$_____
Total adeudado en la cuenta: (tarifa administrativa de $30 no incluido)**
****Favor de agregar la tarifa administrativa de $30 al primer pago.**

***Quiero hacer:**

☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9

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

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

Términos y Condiciones:

Entiendo que al completar, firmar, y **devolver esta solicitud y contrato, con la tarifa administrativa no reembolsable de $30 y el primer pago adeudado, yo consiento a inscribirme en un Plan de Pagos 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 financiaros 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 pagos establecido tenga mas de 30 días de 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 únicamente a las facturas pendientes incluidas al día en la línea de "Total adeudado 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 la directora.

CCOF tendrá el derecho de terminar mi participación en el plan y declarar la totalidad del monto adeudado por pagar de inmediato, si no pago cualquier cuota dentro de quince (15) días de la fecha en la cual está adeudado. Entiendo que si incumplo los pagos, pierdo mi derecho a participar en este plan en el futuro.
Estoy de acuerda con los términos y condiciones de este plan:
Firma_____
Fecha_____

Favor de enviar esta hoja a CCOF:
877 Cedar St. Ste. 248 Santa Cruz, CA 95060
FAX :(831) 423-4528