

Credit/Debit* Card Authorization for E-Auto Pay

Customer Name (as it appears on Birch Account): _____

Birch Communications Account Number: _____

Type of Credit Card: MC _____ Visa _____ AMEX _____ Discover _____

Credit Card Number: _____ Expiration Date: _____

Name as it appears on Credit Card: _____

Billing Address for Card _____

City, State, Zip _____ Phone _____

Email Address: _____

(Optional for charge notifications)

The undersign is authorizing Birch Communications to set up direct billing (E-Auto Pay) of monthly telephone charges to the credit/debit* card listed above.

This authorization will remain in full force until Birch Communications has received notification from me of its termination in such time and in such manner as to afford originator a reasonable opportunity to act on it.

Cardholder's Signature

Cardholder's Printed Name

Date

Your Credit/Debit* card will be charged 14 days prior to the due date of your monthly invoice.

Please fax completed form to 877-600-4829, e-mail to Collections@Birch.com OR mail to:

Birch
Attn: Accounts Receivable
1301 Chestnut
Emporia, KS 66801

* Does not include ATM cards.

Crédito / débito * tarjeta de autorización para el pago E-automático

Nombre del cliente (como aparece en la cuenta Birch): _____

De Número de cuenta Birch Communications: _____

Tipo de tarjeta de crédito: MC ____ Visa ____ AMEX ____ Discover ____

Número de tarjeta de crédito: _____ La fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: _____

Dirección de facturación de la tarjeta _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____ Telefono _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Opcional para las notificaciones de carga)

El undersign es autorizar las comunicaciones de abedul para configurar facturación directa (E-Auto paga) de tarifas telefónicas mensuales del crédito / tarjeta de débito * enumeradas anteriormente.

Esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta Birch Communications ha recibido la notificación de mí de su terminación en tiempo y en forma tal que permitir remitente una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Firma del titular

Fecha Nombre del titular

Fecha

Su crédito / tarjeta de débito * cobrará 14 días antes de la fecha de vencimiento de su factura mensual.

La forma completada y una copia del cheque en blanco puede ser mandada por fax al 877-600-4829, por correo electrónico al Collections@Birch.com, O por correo a la siguiente dirección:

Birch
Attn: Accounts Receivable
1301 Chestnut
Emporia, KS 66801