

**PAYMENT AGREEMENT**  
(PROMISSORY NOTE FOR PROFESSIONAL SERVICES RENDERED)

I, \_\_\_\_\_ promise to pay \$\_\_\_\_\_ (The total amount owed) to \_\_\_\_\_ in equal payments until paid in full.

PROVIDER OR CLINIC NAME

Starting on \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ I will make payments as follows:

- Every week in the amount of \$ \_\_\_\_\_ .
- Every 2 weeks in the amount of \$ \_\_\_\_\_ .
- Every month the amount of \$ \_\_\_\_\_ .

Should I be unable to meet this agreement I will notify the above provider immediately.

I understand that in case of default on my part, and it is necessary for this office to employ legal and/or collection counsel, that I am responsible for the collection charges incurred, which will be added to my bill.

A service charge of 1½% per month (18% annual percentage rate) will be charged on any unpaid balance after 30 days.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
PATIENT OR PARENT (IF MINOR)

Witness \_\_\_\_\_

## CONVENIO DE PAGO

(NOTA DE PAGARÉ POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES SUMINISTRADOS)

Yo, \_\_\_\_\_ prometo pagar \$ \_\_\_\_\_ (la deuda total)

a \_\_\_\_\_ en pagos iguales hasta que se pague por completo.  
NOMBRE DEL PROVEEDOR O CLINICA

Comenzando en \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Hare los siguientes pagos:

- Cada semana la suma de \$ \_\_\_\_\_ .
- Cada 2 semanas la suma de \$ \_\_\_\_\_ .
- Cada mes la suma de \$ \_\_\_\_\_ .

Si por algun motivo no puedo cumplir con este convenio le avisaré al proveedor inmediatamente.

Comprendo que en caso de alguna falta de mi parte, y si es necesario que ésta oficina emplee consejo legal y/o colección, el que soy responsable de los cargos de colección incurridos, los cuales seran añadidos a mi cuenta.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
PACIENTE O PADRE (SI ES MENOR DE EDAD)

Testigo \_\_\_\_\_