

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE PAGO ACH

La fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del equipo del niño: _____

Motivo para suspender el pago de ACH:

Período(s) o Mes(es) solicitando(s) la suspensión de los pagos de ACH:

Nombre del titular de la cuenta: _____ Teléfono #: _____

Firma del titular de la cuenta: _____

Aprobado por el entrenador del equipo: _____

Aprobado por el director del Atlético: _____

La cancelación de ACH requiere un aviso con 30 días de anticipación antes del día 5 del mes (día de procesamiento de ACH) según el acuerdo de ACH.

La tarjeta de pase del jugador se suspenderá y se suspenderá durante el período de falta de pago.

Detener ACH por motivo de lesión necesita nota del médico.

EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE PAGO ACH SE PUEDE ENVIAR POR CORREO, CORREO ELECTRÓNICO O FAX A:

Atlético Santa Rosa, PO Box 2215, Santa Rosa, CA 95405

E-Mail to: sheena@optimabuildingservices.com

Fax to: 707-586-6634