



Apellido del Estudiante	
Grado	Escuela

2017 - 2018 Contrato para Ocean Aftercare

Estudiante(s):	
Plan Escogido:	Días (Circule): M T W Th F
Cuota Mensual \$	(+ recargo -Miercoles) + Cuota Annual (por familia) \$50 = Total \$

Correo Electrónico/Facturación

Facturación mensual debe ser enviada a los siguiente:

Nombre	Correo Electrónico	Teléfono
Nombre	Correo Electrónico	Teléfono

Tarjeta de crédito válida debe ser archivado para cada estudiante inscrito en Ocean Aftercare.

Haga los cheques de mensualidad a nombre de la escuela Ocean Charter School. Incluir el nombre de el niño en el registro de notas. Los cheques pueden ser dejados en la caja de seguridad en las oficinas de OCS.

Pago: EFECTIVO CHEQUE CARGO Tipo de Target de Credito (Circule): VISA MasterCard American Express

C.C #	Fecha de Vencimiento	Codigo de seguridad
Nombre (Como aparece en la Tarjeta)		

PAGO AUTOMÁTICO. Ocean Aftercare esta autorizado a cargar la tarjeta de crédito por el total de la cuota mensual el día 26 de cada mes. (Septiembre 2017 a Junio 2018).

Firma	Fecha
-------	-------

SALDO ADEUDADO. Ocean Aftercare esta autorizado a cargar la tarjeta de crédito por saldo vencido en el primer día del mes en el caso de que el pago no se ha recibido. **Se requiere si no firmado para el pago automático.**

Firma	Fecha
-------	-------

Por Favor Lea y Marque con sus Iniciales

He leído y entendido la poliza de facturación del Ocean Aftercare .

_____ Cuota de inscripción (\$50) añadido a la primera factura anualmente .

_____ Cancelación/cambio del programa debe ser presentada antes/o el día 20 del mes antes de la cancelación/cambio de mes. [Ejemplo: La cancelación o aviso de cambio para Diciembre deberá presentarse en o antes del 20 de Noviembre o Diciembre será la matrícula debe en su totalidad]. Colegiaturas mensuales no será prorrateada o reembolsado sobre la base de las solicitudes de cancelación o cambio de programa.

_____ \$10 se añadirá a la facturación por:

- Pago retrazado – Despues de 26th del mes
- rechazo del pago de tarjeta de crédito de pago automático (por cualquier razón, incluyendo fraude, el robo de identidad, insuficiencia de fondos, etc.).

_____ He leído y entendido las polizas de Ocean Aftercare 2017 - 2018.

Firma	Fecha
-------	-------

FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED _____ RECEIVED BY _____ VIA: FAX LockBox OTHER
 NEW RETURN Recorded: DATABASE QUICKBOOKS ATTENDANCE