



Go Kids, Inc.
 885 Moro Dr.
 Gilroy, CA. 95020
 Tel: (408) 843-9000 Fax: (408) 843-9011

GO KIDS Autorización de Tarjeta de Crédito

Número de Cuenta _____ Fecha _____ Cambio de Cuenta
 Inicial Cargos
 Cancelación
 Nombre _____ Fecha de Inicio _____

INFORMACION DE FACTURA

Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Codico Postal _____
 Numero Telefónico # _____
 MC Fecha de Vencimiento _____
 VS Número de tarjeta _____

Pago mensual de factura o de contrato
 Otros; Cuotas atrasadas, Recargos por recoger al niño tarde, Días de Vacaciones,
 Transporte, Registración, y /o Cuotas de Actividades,

(Nombre de Niño/a) _____

En (Nombre de Centro Infantil o Provedora) _____

 Firma

**Cargos autorizados por tarjeta de crédito serán el tercer día laboral del mes.
 Cancelaciones se aceptaran solo por escrito a lo menos 5 días antes del día del cargo.**

SOLO USO DE OFFICINA					
Acct# _____	Contract Date: _____				
<input type="checkbox"/> Ene	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> May	<input type="checkbox"/> Jul	<input type="checkbox"/> Sep	<input type="checkbox"/> Nov
<input type="checkbox"/> Feb	<input type="checkbox"/> Abr	<input type="checkbox"/> Jun	<input type="checkbox"/> Ago	<input type="checkbox"/> Oct	<input type="checkbox"/> Dic