

## OpenSided MRI Acuerdo de Pago

Fecha \_\_\_\_\_ MMR# \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

el costo total de la resonancia magnética ha completado hoy \$ \_\_\_\_\_

El monto total pagado hoy hacia el examen es \$ \_\_\_\_\_

La cantidad total a pagar después del pago de hoy es \$ \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en pagar \$ \_\_\_\_\_  
por mes a OpenSided resonancia magnética, para el período de \_\_\_\_\_ meses.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de un testigo Oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_