



Kansas State Veterinary
DIAGNOSTIC LABORATORY

Formulario para Autorización de Tarjeta de Credito

The Rabies Laboratory
Kansas State University
2005 Research Park Circle
Manhattan, KS 66502

Phone: 785-532-4483
Fax : 785-532-4474
Email: rabies@vet.k-state.edu
<http://www.ksvdl.org/rabies-laboratory/>

Favor de incluir este formulario en el paquete con las muestras enviadas o enviar vía fax si las muestras ya han sido enviadas. No se puede garantizar los servicios de mensajería o del Stat cuando recibimos el pago despues de que hemos recibido las muestras. También se puede realizar el pago en línea: <http://www.ksvdl.org/accounting-billing/index.html>

Nombre de la Clínica: _____ Fecha: _____
(mm/dd/aaaa)

Nombre del Animal(es)/Número(s) de Microchip (anotar todos los números necesarios):

Descripción del Servicio: Precios en efecto 07/01/2018*

STAT \$165 FAVN \$90 RFFIT endpoint \$71 RFFIT screen \$47

El precio de STAT no incluye el precio de la prueba. Los precios son por cada muestra. Favor de incluir la cantidad total si está pagando más de un servicio.

Servicio de Courier Opcional: Precios en efecto 07/01/2018*

Envío Internacional \$55

Cobre mi cuenta con FedEx o UPS o DHL # de Cuenta _____

Solo se hace un cargo para el servicio de mensajería cuando las muestras se reciben el mismo dia, si llegan dias distintos o de clientes diferentes el courier se solicita por separado. Destinos a Hawái, Guam, o Islas del Caribe (excluyendo Trinidad), no cuentan con opción de courier, el reporte oficial se envía directamente a las Autoridades Aduaneras. La clínica recibe una copia de los resultados vía fax o email.

Nombre en la Tarjeta: _____

Dirección de Propietario de la Tarjeta: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Celular: _____ Email: _____

Tipo de Tarjeta: MasterCard Visa Discover American Express

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: ____/____/____ **Monto Total:** _____
(mm/aa)

Firma del Propietario: _____ Fecha: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Si esta es una transacción internacional, favor de contactar a su compañía de tarjeta de crédito para autorizar este cobro.

Opcional: # de cuenta de la clínica _____ # de Caso _____