



CCOF

Organic Certification Education & Outreach Political Advocacy Promotion

CCOF Certificación Services LLC Acuerdo de Plan de Pago

Términos y Condiciones:

Entiendo que por completar, firmar, y **devolver esta aplicación y contrato, con la tarifa administrativa no reembolsable de \$20 y el primer pago debido, yo consiento a inscribirme en un Plan de Pago con CCOF.** Yo entiendo que cada pago de este plan se vence el primero de cada mes indicado. Yo también entiendo si no pago a tiempo, cargas financieras agregarán a 18%.

Entiendo que este acuerdo aplica solamente a las facturas abiertas hoy, incluidos en la línea "total due on account." Si hay facturas en el futuro que me gustaría incluir en un plan de pago, entiendo que tendría que enviar un nuevo Acuerdo de Plan de Pago para aprobación del Director de Certificación.

CCOF tendrá el derecho de terminar mi participación en el plan y declarar la totalidad de la cuenta debido por pagar de inmediato, si no pago cualquier cuota dentro de quince (15) días de la fecha en la cual está debido. Entiendo que si defecto, pierdo mi derecho a participar en este plan en el futuro.

Estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este plan:

Firma: _____

Fecha: _____

Favor de enviar esta hoja por correo o fax a CCOF:
2155 Delaware Avenue, Suite 150
Santa Cruz, CA 95060
FAX: (831) 423-4528

Nombre del Operación: _____

Número de Cuenta: _____

Nombre y Apellido del Pagador: _____

Dirección de e-mail (correo electrónico): _____

Número de Teléfono del Pagador (Día): _____

DIRECTRICES PARA PLANES DE PAGO:

Le recomendamos que pague su cuenta totalmente por este plan de pago antes de incurrir en cargos nuevos. Considera cuando hay que pagar el cargo para su próxima inspección y/o su próximo pago anual cuando está decidiendo cuantos pagos quiere hacer en este plan de pago.

Si necesita ayuda en establecer su plan de pago, favor de ponerse en contacto con el departamento de contabilidad.

\$ _____

Total debido en la cuenta:
(**tarifa administrativa de \$20 no incluido)

****Favor de agregar la tarifa administrativa de \$20 al primer pago.**

*Quiero hacer:

3 4 5 6 7 8

Pagos mensuales de: \$ _____
(Total debido dividido por número de meses = su pago mensual)

Cada mes hasta: _____
(La fecha cuando el total debido estará pagado)

FOR OFFICE USE ONLY: APPROVED: _____ (CCO) _____ (ACCOUNTING) ENTERED: _____ BILLED: _____
05/18/2015

