



Kansas State Veterinary
DIAGNOSTIC LABORATORY

Formulario para Autorización De Tarjeta de Crédito

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 07/01/2019*

- FAVN \$90 + 1% tarifa de riesgo biologico = \$90.90 x ____ (número de animales) = \$ _____
- RFFIT endpoint \$73 + 1% tarifa de riesgo biologico = \$73.73 x ____ (número de animales) = \$ _____
- RFFIT screen \$47 + 1% tarifa de riesgo biologico = \$47.47 x ____ (número de animales) = \$ _____

Optional Services: Precios en efecto 07/01/2019*

- STAT \$170 \$170.00 x ____ (número de animales) = \$ _____

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.

- Envío Internacional US \$55
- Cobre mi cuenta con FedEx o UPS o DHL Account # _____

Solo se hace un cargo para el servicio de mensajería cuando las muestras se reciben en el mismo paquete, 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 via fax o email.

Nombre en la Tarjeta: _____

Dirección de Propietario de la Tarjeta _____

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

Teléfono: _____ Fax: _____

Celular: _____ Email: _____

Número de Tarjeta: _____

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

Tipo de Tarjeta: MasterCard Visa Discover American Express

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 _____