

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN



Cuenta/Número de Archivo: _____

Fecha: _____

Yo/Nosotros autorizo/autorizamos a Real Time Resolutions y sus respectivos sucesores y cesionarios, asociados, empleados y agentes para hablar, hacer arreglos y discutir records financieros referentes a la cuenta/archivo anterior a cada uno de los representantes asignados, asociados, empleados o agentes.

Una copia de esta autorización, incluyendo una transmisión de fax o fotocopia, será aceptada como original.

PERSONA AUTORIZADA		
*Nombre de la Persona Autorizada:		
Teléfono celular o de Trabajo Con Código de Area:	Con Código de Area Número de Fax:	
Correo Electrónico:		*Fecha de Nacimiento:
Actual Dirección de correo Postal*:		
*Ciudad:	*Estado:	*Código Postal:
*Relación con el Cliente(s):	Mejor hora para llamar:	

*necesario

INFORMACIÓN DEL PRESTATARIO REQUERIDA PARA AUTORIZAR AL TERCERO	
Nombre de Cliente:	Cliente Seguro Social:
Firma de Cliente:	Fecha:

Envíe la Forma Completa a:

★ Email: rs@rtresolutions.com

★ Fax: (214)452-0532

★ Mail: P.O. Box 36655, Dallas, TX 75235