



WASHINGTON

ACUERDO DE PAGO PARA CLIENTES RESIDENCIALES Y COMERCIALES

Fecha de hoy _____ Número de cuenta _____

Nombre de la cuenta _____

Dirección de servicio _____

No puedo pagar el saldo de la cuenta en su totalidad, pagaré de acuerdo con el siguiente programa:

CANTIDAD	FECHA DE PAGO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____ Entiendo que si el pago no se recibe en la oficina de facturación de servicios públicos en la fecha de pago prometida antes de las 5:00 p. m., mi servicio se suspenderá sin ningún aviso y se hará un cargo de \$75.00 de corte en mi cuenta. Una vez que se interrumpe el servicio, el saldo vencido debe pagarse en su totalidad para restaurar el servicio. **También entiendo que, si no cumplo con este acuerdo, no seré elegible para hacer otro acuerdo de pago durante un año a partir de la fecha de la firma de este documento.** Firmando abajo acepto que estoy consciente de que este acuerdo no es válido a menos que lo firme un miembro del personal autorizado. **También entiendo que firmando este acuerdo de pago no se exime de ningún cargo por aviso de mora o multas acumuladas o cargadas en mi cuenta**

LOS ACUERDOS DE PAGO ESTÁN LIMITADOS A 2 POR AÑO

Firmando este acuerdo, certifico que soy: (i) el propietario de las instalaciones mencionadas arriba como la dirección de servicio, (ii) un agente del propietario me autorizó específicamente para firmar este acuerdo en su nombre; o (iii) un inquilino del propietario, si se presentó una autorización por escrito específica del propietario ante la Ciudad. Entiendo que mi incumplimiento de esta certificación es motivo para que la Ciudad dé por terminado inmediatamente este acuerdo, además de todos y cada uno de los otros recursos y multas aplicables. Además, acepto indemnizar, defender, proteger y eximir de responsabilidad a la Ciudad de todas y cada una de las pérdidas, reclamos, daños, costos o causas de acción que surjan de dicho incumplimiento.

Firma del cliente

Teléfono de día

Below this line is for office use only

Approved _____ Utility Billing Clerk: _____ Date: _____

Denied _____ Finance Manager: _____ Date: _____

Ciudad de Monroe
806 W Main Street Monroe, WA 98272
Teléfono (360) 794-7400
Fax (360) 794-4007