



**City of Santa Monica
Automatic Billing Form**

Youth Office at Reed Park
1133 7th Street
Santa Monica, CA 90403
Phone: (310) 458-8540
Fax: (310) 451-3569

Name of Child: _____
Program Name: _____

School: _____
Amount Authorized: _____

Monthly

Weekly

Daily

Primary Credit Card Account Information

Name exactly as it appears on Credit Card:

Billing Address:

City, State Zip:

Credit Card Number (Visa, MasterCard or Discover):

Expiration Date (Month/Year):

Cardholder's Signature:

Today's Date:

Secondary Credit Card Account Information

Name exactly as it appears on Credit Card:

Billing Address:

City, State Zip:

Credit Card Number (Visa, MasterCard or Discover):

Expiration Date (Month/Year):

Cardholder's Signature:

Today's Date:

I authorize you to bill all charges from the program listed above to the credit cards listed above.
I understand that this authorization is valid until I provide you with a written cancellation.

Credit Card holder's signature: _____



Forma de la ciudad de Santa Monica de autorización de cobro automático

Oficina de Jóvenes del Parque Reed

1133 7th Street

Santa Monica, CA 90403

Teléfono: (310) 458-8540

Fax: (310) 451-3569

Nombre de Estudiante: _____ Escuela: _____
 Nombre del Programa: _____ Cantidad Autorizada: _____

Mensual

Semanal

Por Día

Información de Tarjeta de Crédito Primaria

Nombre exacto como aparece en la tarjeta de crédito:

Domicilio:

Ciudad, Estado Código Postal:

Numero de Tarjeta de Crédito (Visa, MasterCard or Discover):

Fecha de expiración (mes/año):

Firma de la persona a cargo de la tarjeta:

Fecha de hoy:

Información de Tarjeta de Crédito Secundaria

Nombre exacto como aparece en la tarjeta de crédito:

Domicilio:

Ciudad, Estado Código Postal:

Numero de Tarjeta de Crédito (Visa, MasterCard o Discover):

Fecha de expiración (mes/año):

Firma de la persona a cargo de la tarjeta:

Fecha de hoy:

Yo les autorizo a facturar todas las cargas del programa que están nombrados a las tarjetas de crédito nombradas arriba. Comprendo que esta autorización es valida hasta que le de una cancelación por escrito.

Firma de la persona a cargo de las tarjetas: _____