



Pueblo's Royal Christian School

1600 Pasadena Blvd.
Pasadena, TX 77502
Ph: 713-920-1308

www.myprcs.org Email: info@myprcs.org

2023-2024 AUTHORIZATION FOR RECURRING DIRECT PAYMENT (ACH COLLECTIONS)

Merchant Information:

Pueblo's Royal Christian School
1600 Pasadena Blvd.
Pasadena, TX 77502
(713) 920-1308
accounting@myprcs.org

STUDENT'S NAME: _____

In consideration of the goods, products and/or services provided to me by MERCHANT, as listed above, I hereby authorize MERCHANT to initiate a debit entry to my checking/savings account indicated below at the depository financial institution named below, hereinafter called DEPOSITORY, and to debit the same to such account for the amount listed below. I acknowledge that the origination of ACH transactions to my account must comply with the provisions of U.S. law.

Account Type: Checking / Savings Personal / Business

Name on Account: _____

Depository Bank Name: _____

Account Number: _____

Routing Number: _____

Bank (City, State, Zip): _____



(Use first line; unless it is a split payment)

Amount: \$ _____ Effective Date: ____/____/____ to ____/____/____
(mm / dd / yyyy) (mm / dd / yyyy)

Amount: \$ _____ Effective Date: ____/____/____ to ____/____/____
(mm / dd / yyyy) (mm / dd / yyyy)

Day(s) of Month for Recurring Charges: _____ (example: 1st of every month).

This authorization is to remain in full force and effect for this transaction only, or until such time that my indebtedness to MERCHANT for the amount listed above is fully satisfied. The specific debit to my account authorized herein may only post on or after the EFFECTIVE DATE listed above, and in no event may the debit transaction post to my account prior to said date. I may only revoke this authorization by contacting MERCHANT directly at the address and phone number listed above, and only in the case that I return the good, product and/or service provided to me by MERCHANT pursuant to their particular return policy in effect the date this authorization is granted.

Name: _____
(Please Print)

Date: _____

Signature: _____

***This form **MUST be accompanied** by a **Voided Check** or **Bank Direct Deposit form**.

*** Este formulario **DEBE de ir acompañado** de un **Cheque Anulado** o **forma de Depósito Bancario Directo**.



2023-2024
AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DIRECTO RECURRENTE
(COLECCIONES ACH)

Información del Comerciante:

Pueblo's Royal Christian School
1600 Pasadena Blvd.
Pasadena, TX 77502
(713) 920-1308
accounting@myprcs.org

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

En consideración de los bienes, productos y/o servicios prestados a mí por el COMERCIANTE, como se indica arriba, la presente autorizo a COMERCIANTE para iniciar una entrada de débito a mi cuenta de cheques/ahorros se indica a continuación en la institución financiera depositaria nombrada a continuación, en adelante denominado Depósito, y para debitar la misma a dicha cuenta por la cantidad que aparece a continuación. Reconozco que el origen de las transacciones de ACH a mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de EE.UU.

Tipo de Cuenta: Chequera / Ahorro Personal / Negocio

Nombre en la Cuenta: _____

Nombre Del Banco: _____

Número de Cuenta: _____

Número de Ruta: _____



Banco (Ciudad, Estado, Código Postal) _____

(Use la primera línea a menos que sea un pago dividido)

Cantidad: \$ _____ Fecha de vigencia: ____/____/____ a ____/____/____
(mes / día / año) (mes / día / año)

Cantidad: \$ _____ Fecha de vigencia: ____/____/____ a ____/____/____
(mes / día / año) (mes / día / año)

Día(s) del mes de cargos recurrentes: _____ (ejemplo: 1º de cada mes).

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto de esta transacción solamente, o hasta el momento en que mi deuda al comerciante por la cantidad mencionada anteriormente está totalmente satisfecho. El cargo específico autorizado a mi cuenta en este documento sólo se puede publicar en o después de la fecha antes mencionados, y en ningún caso podrá el puesto transacción de débito a mi cuenta antes de dicha fecha. Yo sólo puedo revocar esta autorización en contacto directamente con el COMERCIANTE a dirección y número de teléfono que aparece arriba, y sólo en el caso de que vuelva el buen producto y/o servicio prestado a mí por COMERCIANTE de conformidad con su política de retorno determinada en efecto la fecha esta autorización se concede.

Nombre: _____ **Fecha:** _____
(Escriba en letra de molde)

Firma: _____

***This form **MUST be accompanied** by a **Voided Check** or **Bank Direct Deposit form**.

*** Este formulario **DEBE de ir acompañado** de un **Cheque Anulado** o **forma de Depósito Bancario Directo**.