

Patient Liability Agreement

I / We understand that I/we financially responsible for all bills incurred while under the care of Dental Center of Hackensack.

Dr. Fares Mallouhil in the event that account is not paid I/we shall be liable for

Any costs of collection, including but limited to an additional 40%

Fee if any my/our account is forward to a collection agency for collection. I/we understand there shall be 18% interest charged on any outstanding balance, In addition, I/we understand will be responsible for paying any reasonable attorneys fee plus court costs.

By signing I/we hereby indicate that, I/we have read this contract 2-I/we understand the terms of this contract _____

Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros somos financieramente responsables de todas cuentas mientras bajo el cuidado del centro de Hackensack Dr. Mary Fares Mallouhi en el caso que la cuenta no esta pagado yo/nosotros seremos responsables de cualquier todo costos de la colección, inclusive pero no limitados a un adicional 40% de honorario si mi/nuestra cuenta es adelantada a una agencia de colección, para la colección.

Yo/nosotros entendemos que habrá 18% de interés cargado en algún equilibrio sobresaliente, Además Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros seremos también responsables de pagar honorario razonable de abogado los costos positivos del tribunal.

Firmando abajo, yo/nosotros por la presente indicamos que 1) yo/nosotros hemos leído este contrato 2) nosotros entendemos

Los términos de este contrato _____

IF PATIENT IS UNDER AGE OF 18 PARENTS OR LEGAL GUARDIAN MUST SIGN / SI PACIENTE ESTE BAJO LA EDAD DE 18 PADRE O GUARDIAN LEGAL TIENE QUE FIRMAR...

Patient Privacy Acknowledgment/Conocimiento de la Privacidad de Paciente

I have READ and REVIEW the privacy practices notice/He Leido y Revisado la privacidad de paciente....

Patient Name/Nombre de Paciente _____

SIGNATURE/FIRMA _____ **Date/Fecha** _____