



P.O. Box 10159, Glendale, CA 91209
Phone (818) 881-1234 Fax (818) 881-1493

PAYMENT AUTHORIZATION FORM

Name: _____ Loan Account No: _____

Please select one:

I do not wish to sign up for automatic payments. If I wish to make a payment by phone, I will be subject to transaction fees

I authorize Premier Auto Credit to initiate electronic debit entries to my checking or savings account automatically every month for:

The total amount due on my monthly statement, including fees due such as Late Fees and NSF Fees. Authorization to deduct fees shall not exceed \$_____

My monthly payment as listed on my loan contract

Enter the date you would like us to charge your account the first time: Month _____ Day* _____

*Your account will be charged on the same day of the month or the next business day each month.

If any electronic payment is returned unpaid by your financial institution for any reason, we will charge and you agree to pay an NSF fee. You may also be charged late fees. Subsequent scheduled payments may also be cancelled.

If you would like to change bank accounts, or update this information for any reason, please fax us at (818) 881-1493. This form is available on our website @ www.premierautocredit.com

Name of Bank: _____ Check one: Checking Savings

Routing Number: _____ Bank Account Number: _____

Deposit Account Holder Name: _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Home Phone: (_____) _____ - _____ Work Phone: (_____) _____ - _____

Cell Phone: (_____) _____ - _____ Email Address: _____

I acknowledge that the origination of ACH transactions to my account must comply with the provisions of U.S. law. This authorization will remain in effect until I have cancelled it in writing or my account is paid in full.

Signature: _____ Date: _____

ATTACH VOIDED CHECK HERE (REQUIRED):



P.O. Box 10159, Glendale, CA 91209
Phone (818) 881-1234 Fax (818) 881-1493

FORMA PARA AUTORIZACIÓN DE PAGO

Nombre: _____ Numero de Cuenta: _____

Por favor seleccione una:

Yo no deseo enlistarme para pagos automaticos. Si deseo hacer un pago por telefono, sere sujeto a un cobro de transaccion.

Yo autorizo que Premier Auto Credit inicie debitos electronicos a mi cuenta de cheques o ahorros automaticamente cada mes por

El monto restante en mi estado de cuenta, incluyendo honorarios por pago atrasado y por transacciones sin fondos (NSF).

Autorizacion para deducir honorarios no devera exeder el monto de \$ _____

Mi pago mensual como indica en mi contrato

Indique la fecha en la que le gustaria que cobremos su cuenta por primera vez: Mes _____ Dia* _____

*Su cuenta sera cobrada el mismo dia del mes o el siguiente dia habil cada mes

Su algun pago electronico es devuelto impagado por su institucion financiera por cualquier razon, nosotros cobraremos el recargo y usted concuerda en pagar un honororio de fondos insuficientes (NSF). Usted tambien puede ser cobrado por honorarios de pago atrasado. Los pagos planificados subsiguientes tambien pueden ser cancelados

Si desea anadir, cambiar cuentas, o actualizar esta informacion por cualquier razon, por favor, envienos un fax al (818) 881-1493. Este formulario esta disponible en nuestro sitio web @ www.PremierAutoCredit.com.

Nombre De Banco: _____ Seleccione uno: Cheques Ahorros

Número De Ruta: _____ Numero de Cuenta Bancaria _____

Nombre del Titular de la Cuenta de Depósito: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono De Casa: (____) _____ - _____ Telefono De Trabajo: (____) _____ - _____

Cellular: (____) _____ - _____ Correo Electronico: _____

Yo reconozco que la originacion de las transacciones de ACH en mi cuenta deven cumplir con las provisiones de la ley de los E.U. Esta autorizacion seguira en efecto hasta que yo la cancele por escrito o mi cuenta este liquidada en su totalidad.

Firma: _____ Fecha: _____

INCLUYA AQUI UN CHEQUE VACIO (REQUERIDO):