# Bank Account Monthly Authorization Form

Date wanting to start/Fecha_____

Customer Name/Nombre del cliente_____

Usage Address/Dirección de uso _____

Mailing Address/Dirección de envio _____

City/Ciudad_____ State/Estado _____ Zip Code/Codigo postal _____

Social Security Number/Número de seguridad social _____

Utility Act #/Electricidad y agua_____Communications Act #/Comunicaciones_____

**Authorization For BANK PAYMENT/Autorización para el pago bancario**

**Please mail or bring this completed form and a voided check(Bank Pay Only) to our office.**

**Por favor, envíe por correo o llene este papel lleno y un cheque anulado a nuestra oficina**

Name of Bank/Nombre del banco _____

Bank Routing Number/Número de ruta bancaria _____

Res. Checking___ or Savings___ Account Number/Número de Cuenta de Cheques / Ahorro _____

Business Checking___ or Savings___ Account Number _____

Tipo de Cuenta: checking de empresa o ahorros de empresa_____

You are hereby authorized, until such time as I may cancel this arrangement to pay to the Algona Municipal Utilities of Algona, Iowa the amount of my utility bill, on the due date of each billing. I understand that I will continue to receive my utility bill in the mail as before. It is understood that in case of billing error, adjustment will be made between Algona Municipal Utilities and myself. It will be my responsibility to make sure the credit card information is kept updated.

Usted está autorizado, hasta el momento en que yo pueda cancelar este acuerdo para pagar a la Algona Municipal Utilities de Algona, Iowa la cantidad de mi cuenta de utilidades, en la fecha de vencimiento de cada cuenta. Entiendo que continuaré recibiendo mi cuenta de utilidades por correo como antes. Se entiende Que en caso de error de cuenta, se hará un ajuste entre Algona Municipal Utilities y yo mismo. Será mi responsabilidad asegurarse de que la información de la tarjeta de crédito se mantenga actualizada.

_____ _____ _____

Algona Municipal Utilities Representative | Customer Signature/ Firma del cliente | Date

I want to discontinue my recurring credit card or Bank payment plan with Algona Municipal Utilities.

Deseo descontinuar el plan de pago de tarjeta de crédito recurrente or bancario con Algona Municipal Utilities

Customer Signature/ Firma del cliente _____ Date/Fecha_____

Office Use Only:

Second employee verification initial & date _____