

**Forma de Matriculaciòn**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Macimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Direcciòn \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**INSCRIPCIÓN** Deseo ser miembro y BENEFICIARIO del SEGURO DE EXAMENES OCCULARES de FirstSight Vision Services, Inc.

Afirmo que he abonado la cuota total de mis exámenes oculares (que incluye los pagos adicionales necesarios y la prima) a FirstSight Vision Services, Inc. como pago de los servicios que me presta y como prima anual por dichos servicios.

**Firma X** \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo en aceptar entrega electrónica de mi contrato de asociación, la cual describe completamente los terminus de mi membrecía. Yo entiendo que puedo obtener una copia electronic por medio [www.firstsightvision.net](http://www.firstsightvision.net). Si tengo preguntas o quiero recibir una copia, puedo llamar (800) 841-2790. Iniciales