

## Formulario de Inscripción

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**INSCRIPCIÓN:** Quiero ser un miembro del Plan de Visión de America's Best marcado a continuación, a partir de la fecha de inscripción. Mi cuota anual de membresía de una sola vez aparece para cada plan (no incluye co-pagos).

Dos Pares y un Examen de la Vista - \$69.95

Exámenes para Lentes de Contactos por Tres Años - \$99.00

He pagado/pagare la cuota de socio para tener accesos a mis beneficios del plan.

Estoy de acuerdo con aceptar la entrega electrónica de mi Contrato de Membresía, que describe totalmente mis condiciones de la membresía. Entiendo que puedo obtener esta copia electrónica en [www.abvisionplan.com](http://www.abvisionplan.com). Si tengo preguntas o deseo recibir una copia en papel, puedo llamar al (800) 841-2790.

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