**Centreville Dental Care**

**Dr. Benjamin K. Lee**

**Dr. Peter Y. Son**

13880 Braddock Road, Suite 109

Centreville, VA 22031

**Financial Agreement 의료비 동의서**

I, the undersigned, hereby agree to pay to the above named doctor all fees due him for services rendered and/or expenses incurred by me, my spouse or any of my children or dependents.

Payment is to be made at the time of service or incurring of expenses.

**아래 서명한 본인은 이에 따라 본인, 배우자, 자녀 또는 부양자에게 제공한 서비스 및/또는 발생한 비용에 대해, 위에 언급된 의사에게 지불해야 하는 모든 비용을 지불하는 데 동의합니다.**

**지불은 서비스 또는 비용 발생시 이루어집니다.**

I understand that the payment of my bills is my legal obligation as the patient. All Filings of insurance papers and confirmation of eligibility of benefits and/or confirmation of insurance payment to be made by my insurance company are my responsibility. Any assistance in this matter granted by the above doctor and/or staff is given strictly as a courtesy and implies no responsibility on their part for filing, follow-through or confirmations.

**본인은 청구서 지불이 환자로서의 법적 의무임을 이해합니다. 모든 보험 서류 제출 및 보험 수혜 자격 확인 및/또는 보험 회사에서 지불할 보험료 확인은 본인의 책임입니다. 위의 의사 및/또는 직원이 이 문제에 대해 제공한 모든 지원은 엄격하게 예의로 제공되며 제출, 후속 조치 또는 확인에 대한 책임이 없음을 의미합니다.**

If this account is placed in the hands of an attorney for collection, I understand and agree that I will be responsible for all fees and cost incurred form the attorney, courts and collection agency. The terms herein are reaffirmed each time services are received. I further agree to apply a returned check charges of $50 per returned check.

**이 계정이 징수를 위해 변호사의 손에 맡겨지는 경우, 본인은 변호사, 법원 및 징수 기관에서 발생하는 모든 수수료와 비용에 대해 책임을 진다는 것을 이해하고 동의합니다. 이 약관은 서비스를 받을 때마다 재확인됩니다. 본인은 또한 반환된 수표당 $50의 반환된 수표 요금을 적용하는 데 동의합니다.**

Undersigned further agrees to pay a charge of $50.00 when canceling an appointment with less than 48 hour notice.   
**본인은 48시간 이내에 통지를 하지않고, 약속을 취소할 경우 $50.00의 요금을 지불하는데 동의합니다.**

**Signature 싸인 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patient name 이름 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date날짜 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**