



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO DE PONCE
OFICINA DE RECAUDACIONES

Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito

Nombre y Apellidos: _____

Número de Estudiante: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Tipo de Tarjeta:    _____ (Security Code)

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: ____/____/____ Cantidad: \$ _____

Autorizo a la Universidad Interamericana de Ponce, a realizar el débito correspondiente a mi tarjeta de crédito por concepto de: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Debe completar el formulario en todas sus partes y firmarlo antes de ser enviado por:

Fax: (787) 841-0102

Correo electrónico: recaudaciones@ponce.inter.edu

**El servicio solicitado estará sujeto a la aprobación de su pago.*