

Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito

Información de la Tarjeta de Crédito:

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono: _____ Fecha de Solicitud: _____

Tipo de Tarjeta:    _____ (Security Code)

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: _____ Cantidad: \$ _____

Firma del dueño de la tarjeta: _____

Para garantizar su autenticidad favor incluir copia de su identificación con foto

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

Información del Estudiante al que se acreditaría el pago.

Nombre y Apellidos: _____

Número de Estudiante: _____

Esta autorización debe enviarla a la oficina de Educación Continua, utilizando el siguiente medio electrónico educacioncontinua@ponce.inter.edu

Debe completar el formulario en todas sus partes y firmarlo.

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