



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA
RECINTO DE PONCE
OFICINA DE RECAUDACIONES

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: \$ _____
Mes Año

Firma del dueño de la tarjeta: _____

Favor incluir identificación con foto si usted NO es el estudiante al cual se acreditará el pago

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: _____

Debe completar y firmar el documento antes de enviarlo a: recaudaciones@ponce.inter.edu

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