



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
 RECINTO DE PONCE
 DECANATO ASOCIADO DE ESTUDIOS A DISTANCIA

FORMULARIO PARA SOLICITAR EL SISTEMA DE CUSTORIO VIRTUAL

Nombre: _____ # de Estudiante: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Programa que estudia: _____

Dirección Postal: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____
 mes / día / año

Método de Pago:

- Sobrante de Beca o Préstamo Estudiantil
- Otra forma de Pago – Indique: _____
- Pago con Tarjeta de Crédito (**favor incluir información de la tarjeta de crédito**)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Tipo de Tarjeta:     _____ (Security Code)

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: _____ / _____ / _____ Cantidad: \$ _____
 mes día año

Firma: _____ Fecha: _____
 mes / día / año

**** El cargo y/o pago aplicado no es reembolsable bajo ningún concepto ****