

SAGRADO

Universidad del Sagrado Corazón

ASISTENCIA INTEGRADA

AUTORIZACIÓN PARA PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Autorizo a la Universidad del Sagrado Corazón a cargar a mi tarjeta de crédito:

por la cantidad de \$ _____ por concepto de _____.

DATOS DE LA TARJETA DE CRÉDITO:		
<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER CARD	<input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS
Número de tarjeta de crédito:		
Expiración (Mes/Año):		
Código de Seguridad: Este código se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de crédito. Es un número de 3 o 4 dígitos que lo puede localizar cerca del espacio provisto para su firma.		
DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO:		
Nombre (tal como aparece en la tarjeta):		
Dirección (donde recibe la factura):		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo electrónico:	Teléfono:	
Número de licencia de conducir:		
DATOS DEL ESTUDIANTE:		
Nombre del Estudiante:		
Número del Estudiante:		

Firma del titular: _____

Fecha: _____

Envíe el formulario a cuentacobrar@sagrado.edu

BOX 12383, SAN JUAN, PR 00914-8505 | 787 728-1515