



**Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Escuela de Profesiones de la Salud
Oficina de Asuntos Académicos
División de Educación Continua y Estudios Profesionales**



AUTORIZACION PARA TARJETAS DE CRÉDITO

Autorizo a la Oficina de Recaudaciones de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, a cargar los pagos a la División de Educación Continua y Estudios Profesionales de la Escuela de Profesiones de la Salud a mi tarjeta de crédito.

I authorize the Bursars Office of the University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, to charge the fees for Division of Continuing Education and Professional Studies-School of Health Professions to my credit card.

Nombre de compañía, agencia o individuo _____
Name of Company, agency or person

Dirección _____
Address

Favor de seleccionar la tarjeta a debitar _____ **Cantidad** _____
Please select the card to be charged Amount

Master Card Visa American Express Código de seguridad _____
Security code

Número de Cuenta _____ **Fecha de Expiración** _____
Account number Expiration date

Nombre del dueño de la tarjeta _____
Card Holder Name

Firma Autorizada _____
Authorized signature

Teléfono () _____ **Fax ()** _____
Phone Fax

El número de identificación patronal de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas es 660433762
The Tax Identification Number of the University of Puerto Rico, RCM is 660433762

Favor de no escribir debajo de esta línea
Please do not write under this line

Para uso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas
For use of the University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus

Favor depositar la cantidad cargada arriba a la cuenta #106-080822 (código interno 350102-0120 subcódigo de ingreso 95120-caja 1111)
Please deposit the amount charge above to the account #106-080822 (internal account 350102-0120 revenue code 95120-register 1111)