**UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO**

**FACULTAD DE DERECHO**

**OFICINA DE RECAUDACIONES**

**P.O. BOX 70351**

**SAN JUAN, P.R. 00936-8351**

**TEL. 751-1912 EXTS. 2052,2053**

**Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito**

**Envíe este formulario vía fax al (787) 751-8601 o a** [**recaudaciones@juris.inter.edu**](mailto:recaudaciones@juris.inter.edu).

***Send this form* by fax (787) 751-8601 *or email:*** [**recaudaciones@juris.inter.edu**](mailto:recaudaciones@juris.inter.edu).

**Autorizo a la Universidad Interamericana de Puerto Rico Facultad de Derecho** a realizar el débito correspondiente a mi tarjeta de crédito. (Favor incluir copia de su identificación con foto*.)*

***I authorize the Inter-American University of Puerto Rico School of Law*** *to debit the corresponding amount from my credit card. (Please include a copy of your photo identification.)*



|  |  |
| --- | --- |
| **La Cantidad de $**  *The amount of* |  |
| **Número de Tarjeta**  *Card Number* |  |
| **Fecha de Expiración**  *Expiration date* |  |
| **Código de Seguridad**  **Amex (4 dígitos)**  *4-digits Amex Security Code* |  |
| **Firma**  *Signature* |  |
|  | **(Dueño de la tarjeta /** C*ardholder***)** |
| ***Nombre***  *Name* |  |
| **Número de Estudiante**  *Identification Number* |  |
| **Dirección Postal**  *Mailing address* |  |
|  |  |
|  |  |
| **Teléfono**  *Phone* |  |
| **Concepto del pago**  *Payment Concept* |  |