**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**.

***Send this form* by fax (787) 751-8601 *or email:*** **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* |       |