



**UNIVERSITY OF PUERTO RICO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO MEDICAL SCIENCES CAMPUS
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
SAN JUAN, PUERTO RICO**



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 Nursing to my credit card.

Autorizo a la Oficina de Recaudaciones de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. A cargar los costos de matrícula a la División de Educación Continua y Estudios Profesionales de la Escuela de Enfermería a mi tarjeta de crédito.

Name of Company, Agency or Person: _____
Nombre de Compañía, Agencia o Individuo

Address _____
Dirección

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

Master Card _____ **Visa** _____

Card Number _____ **Exp. date** _____
Número de Tarjeta Fecha de Expiración

Código de seguridad _____

Card Holder Name _____ **Authorized Signature** _____
Nombre del Dueño de la Tarjeta Firma Autorizada

Date _____ **Phone** _____
Fecha Teléfono

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

Please stamp official seal of Your Company or Agency
Favor de estampar sello oficial de la compañía o agencia

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

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

Please deposit the amount charge above to the account

Código	Rec	Sec	Ref	Descripción cuenta
96784	001	001	020506	350303