



UNIVERSIDAD DEL
SAGRADO CORAZÓN

ASISTENCIA INTEGRADA
AUTORIZACIÓN PARA PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Fax (ASI) 787-268-8867

email: asi@sagrado.edu

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

VISA

MASTER CARD

AMERICAN EXPRESS

DISCOVER

La cantidad de \$ _____ por concepto de _____

Tarjeta a nombre de _____

Número de tarjeta _____

Fecha de Expiración _____

*Número CID _____

Número de licencia _____

Nombre del estudiante _____

Número de estudiante _____

Teléfono o correo electrónico _____

Firma _____ Fecha _____

Favor de enviar copia de la licencia de conducir o identificación con firma.

***El número de CID es sólo para tarjeta de American Express.**