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
Autorizo a la Oficina de Recaudaciones de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas

To charge the tuition fees for _____ to may credit card.
A cargar los costos de matrícula_____ a mi tarjeta de crédito.

Name of compnay or Agency: _____
Nombre de Compañía o Agencia: _____

Address: _____
Dirección: _____

Please select the correct card to be charged
Favor de seleccionar la tarjeta a debitar

Amount $_____
Cantidad $_____

☐ Master Card
☐ Visa
☐ American Express

Account Number: _____
Número de Cuenta: _____

Exp. Date: _____
Fecha Expiración: _____

Card Holder Name: _____, Authorized Signature: _____
Nombre del dueño de la tarjeta: _____**, Firma Autorizada:** _____

Telephone: _____
Teléfono: _____

Fax Number: _____

The Tax Identification Number of the University of Puerto Rico, RCM is: 66-0433762
El número de identificación patronal de la Universidad de Puerto Rico, RCM 66-0433762

_____
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 charged above to the account # 106-080822 code _____
Favor depositar cantidad cargada arriba a la cuenta # 106-080822 código _____