



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
MEDICAL SCIENCES CAMPUS
RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS
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 my credit card.
 a cargar los costos de matrícula _____ a mi tarjeta de crédito.

Name of Company or Agency:
 Nombre de Compañía o Agencia

Address
 Dirección

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

Master Card _____ **Visa** _____ **American Express** _____ **cvv (#4 digit)** _____

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

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

Telephone _____ **# Fax** _____
 Teléfono _____

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 _____