

AUTORIZACION DE PAGO CON TARJETAS DE CREDITO

Favor de llenar en letra legible todos los blancos:

INFORMACION DE TARJETA DE CREDITO
Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Discover
Nombre (según aparece en la tarjeta):
Número de Tarjeta:
Fecha de expiración:
Código de seguridad:

Yo, _____ autorizo al Colegio Marista de Guaynabo a cargarle la cantidad \$ _____ a mi tarjeta de crédito.

Firma del Cliente

Fecha

Descripción del Pago: _____

Nombre de Estudiante(s): _____

**Favor de enviar la autorización de pago con tarjeta completada a cdurand@maristasguaynabo.org