



Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito:

**NOTA: FAVOR LLENAR EL FORMULARIO EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE**

Nombre & Apellidos:					# Licencia de Médico:		
Dirección Postal:							
	Ciudad o Pueblo:			Código Postal:			
Fecha de Nacimiento:	Mes:		Día:		Año:		
Email:				# NPI:			
Números de Telefono:	Oficina:		Celular:		Fax:		
Métodos de Pago:	 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		Favor de marcar <input checked="" type="checkbox"/> el método de pago:
Número de Tarjeta de Crédito:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Fecha de Expiración:	Mes:		Año:		Código de Seguridad:		
Firma Autorizada:				Fecha:			

Autorizo al Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico a realizar un cargo a la tarjeta indicada, por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, correspondiente al pago de cuota de año fiscal \_\_\_\_\_.

Fecha de Recibido: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Po Box 70169 San Juan, PR 00936  
 Email: [registraduria@colegiomedicopr.org](mailto:registraduria@colegiomedicopr.org)  
 Fax: (787) 751-6592