AUTORIZACIÓN DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO
(VISA/MASTER-CARD/AMERICAN EXPRESS)

Nombre y Apellidos: (letra de molde)	Número Licencia Médico Número de NPI	Números de Teléfonos: Oficina : ( ) Celular: ( )
Dirección Postal:		Fax: ( )
Ciudad o Pueblo:		Código Postal:
Correo Electrónico (email)		

USO EXCLUSIVO CMCPR

REGISTRADURÍA

_____ / _____/_____
Número de Tarjeta de Crédito

_____/_____
Mes Año
Fecha de Expiración

_____
INDIQUE EL TIPO DE TARJETA

_____
Código de Seguridad
American Express

_____
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 año fiscal_____.

FAVOR DEVOLVER HOJA COMPLETADA EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE AL FAX:
(787) 281-7669 Ó (787)751-6592