



ACADEMIA ADVENTISTA METROPOLITANA
 BOX 29248 SAN JUAN, PR 00929 - TELS. (787)764-1825 / (787)756-6236
 www.academiameetroadventista.com

Autorización de Pago

Fecha: _____

Año Escolar: 20 _____ -20 _____

Grado: 7 8 9 10 11 12

Autorización para pago con Tarjeta de Crédito

Nombre del estudiante: _____

Nombre del encargado de la cuenta: _____

Estudiante Activo - Depósito Mínimo: \$50.00

Estudiante de nuevo ingreso - Depósito Mínimo: \$100.00

Información de la Tarjeta de Crédito

Nombre según aparece en la Tarjeta de Crédito: _____

Dirección Postal donde recibe sus estados: _____

Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Tarjeta: _____ Fecha de expiración: _____

Número de seguridad: _____





Teléfono de contacto: _____ Cantidad a procesar: _____

Por la presente autorizo a la **Academia Adventista Metropolitana** a debitar de mi tarjeta de crédito, la cantidad antes indicada. Este débito ocurrirá en una sola transacción con fines de dar continuidad al proceso de matrícula para el año escolar _____.
 Para realizar cualquier otro tipo de pago, debe comunicarse con la Sra. Sylvia Pérez al
(787) 764-1825 ó (787) 904-7416.

 Firma autorizada

 Fecha de hoy