

**Autorización de Cargos a Tarjeta de Crédito**

Autorizo al Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico a hacer el siguiente cargo a mi tarjeta de crédito:

* VISA
* Master Card

Cantidad: US $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código de Seguridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ATO □ TO Número de Licencia Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Completa del dueño de la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Requisitos**:

* Fotocopia de frente de la tarjeta de crédito
* Fotocopia licencia de conducir
* La autorización debe estar firmada por el dueño de la tarjeta de crédito

Los cargos a la tarjeta de crédito arriba mencionada corresponden a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actividad | Unidad | Cantidad |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |

Acepto que no pediré la cancelación de los cargos que aparecen en mi estado de cuenta que aquí estoy autorizando y asumo toda la responsabilidad de los mismos, según la política de cancelación estipulada en el contrato o actividad del CPTOPR. Quedo personal y solidariamente comprometido con el CPTOPR en caso que no haya fondos suficientes en mi tarjeta para cubrir la cantidad que aquí autorizo. Tengo pleno conocimiento de las condiciones generales y de cancelación de la actividad o servicios que estoy comprando.

□ Autorizo a guardar este método de pago en su base de datos para ser utilizado en futuras transacciones

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dueño de la Tarjeta Fecha

Aprobado:

2 Nov. 2019