

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE REPOSICIÓN DE TÍTULO

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

Cedula N°:

Autorizo al Colegio de Ciencias Económicas a a cargar por una única vez de mi tarjeta de crédito o débito el monto correspondiente al pago de derechos de reincorporación.

Número de tarjeta:

Fecha de vencimiento:

Información de tarjeta:

Marca:

Banco:

Firma:

Fecha:

Nota importante: Tenga presente que el cobro correspondiente se realiza en el momento que se presentan los documentos.