

Formulario



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE TARJETA HABIENTES AL SISTEMA DE PAGOS RECURRENTE

Lima,de de

Señores:

CENTRUM PUCP

Por medio de la presente:

Yo,

Con DNI / RUC:

Teléfono:

Email:

Autorizo a cargar en mi: Tarjeta Visa Tarjeta MasterCard Tarjeta AMEX

Tipo de Tarjeta: Crédito

Moneda: Soles
Dólares

Número de Tarjeta:

Con fecha de vencimiento (MM/AA): ____/____

Banco:

El monto mensual de:

Hasta por un monto máximo de:

Número de Documento de Identidad (alumno):

Nombre del alumno:

Nombre del Programa:

Sin otro particular, quedo de ustedes.

Atentamente,

.....
Firma del titular de la tarjeta

(En caso de persona jurídica sello y firma del Representante Legal)

NOTA IMPORTANTE:

Es responsabilidad del alumno mantener los fondos disponibles un día antes de la programación del débito, ya que al acumular (2) o más cuotas vencidas, las letras serán protestadas a las Centrales de Riesgo. Asimismo, si la operación resulta DENEGADA por tarjeta inactiva, robada y/o perdida, se deberá informar al correo centrumcobranzas@pucp.pe para la renovación de la tarjeta.

(*) Válido para todas las tarjetas de Crédito Visa, MasterCard, American Express de todas las entidades bancarias

TRIPLE CORONA



ACREDITACIONES INTERNACIONALES

RECONOCIMIENTO MUNDIAL



TRIPLE ISO

