



AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO

Revisión: Mayo 2022

CENTRO:

Downey Condado del Sur y Norte de California

INFORMACIÓN DE APLICANTE

NOMBRE: _____ ID# DEL ESTUDIANTE _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO _____ CORREO ELECTRONICO: _____

INFORMACIÓN DE LA TARJETA

DÉBITO CRÉDITO
 VISA MASTERCARD OTRA _____

NÚMERO DE LA TARJETA: _____ FECHA DE EXPIRACIÓN: ____/____ CVV 3 DIGITOS: _____

NOMBRE QUE APARECE EN LA TARJETA: _____

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (Si es diferente a la indicada arriba) _____

INFORMACIÓN DE AUTORIZACIÓN

COSTO DE CURSO:\$ _____ **FECHA:** _____ **MONTO DE DEPOSITO:**\$ _____

POR ESTE MEDIO AUTORIZO A COSMETICA LATINA EDU.INC PARA COBRAR EN MI TARJETA DE CREDITO EL MONTO TOTAL DE \$ _____ HACIENDO CADA CARGO EN EL DIA DEL MES QUE HE SELECCIONADO AQUI: 15 30 (28 o 29 EL MES DE FEBRERO) DE ACUERDO A LA SIGUIENTE TABLA DE FECHAS:

FECHA	MONTO	FECHA	MONTO	FECHA	MONTO
1)		5)		9)	
2)		6)		10)	
3)		7)		11)	
4)		8)		12)	

Por favor tomar nota que es importante conocer lo siguiente: **(Al haber leído y comprendido, escriba sus iniciales en los espacios correspondientes.)**

_____ Yo autorizo a Cosmetica Latina EDU INC a cobrar mi tarjeta de Crédito/Debito al monto acordado en el contrato con la tarjeta provista.

_____ Yo autorizo a Cosmetica Latina EDU INC a procesar pagos parciales hasta a completar la totalidad de mi deuda.

_____ Yo autorizo a Cosmetica Latina EDU INC a procesar mi pago otro día del mes si el monto acordado en el contrato declina.

_____ Yo autorizo a Cosmetica Latina EDU INC a contactarme por teléfono, correo electrónico, correo de voz y SMS con respecto a pagos,saldos o cualquier información adicional para mi estatus.

_____ Yo entiendo que el programa de "39 Horas de Pre-Aprendizaje" y "Aprendizaje" son dos programas separados e individuales y es mi responsabilidad de cumplirlos.

_____ Yo entiendo que el Acuerdo de pago para las 39 Horas de Pre-Aprendizaje no depende del estatus del proceso de aplicación para la licencia de Aprendizaje. Si no cumplo con mis pagos tendre las siguientes consecuencias:

1. El proceso de aplicacion será atrasado.
2. Si la licencia de Aprendizya fue apropiada, sera afectado.
3. El balance pendiente será sometido a una Agencia de Colecciones.
4. Si se rechaza su tarjeta de Crédito/Debito por fondos insuficientes o si decide cambiar la fecha programada, hábra un cargo por atraso adicional de \$25.00 cada vez.

Nota: El estudiante es responsable de notificar a Cosmetica Latina EDU INC con tiempo suficiente si la tarjeta de Crédito/Debito archivada ha sido cambiada o necesita ser actualizada. (Un mínimo de 3 días hábiles antes.)

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE AUTORIZACIÓN: _____

FIRMA DEL PROPIETARIO DE LA TARJETA (Si aplica): _____ FECHA DE AUTORIZACIÓN: _____