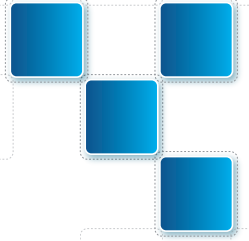




FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Instrucción de Cargo en Tarjeta de Crédito Operada por Transbank S.A.



Para pagar a Universidad de Chile - Facultad de Medicina, en adelante el ESTABLECIMIENTO.

FECHA DE OTORGAMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN DE CARGO ____/____/____

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____

DIRECCIÓN: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO: _____

TIPO TARJETA: VISA ___ MASTERCARD ___ MAGNA ___ AMEX ___ DINERS ___ OTRA ___

FECHA VENCIMIENTO TARJETA DE CRÉDITO: _____

INSTRUCCIÓN DE CARGO EN TARJETA DE CRÉDITO:

MONTO A PAGAR: \$ _____

CANTIDAD DE CUOTAS: _____

Firma del Titular de la Tarjeta de Crédito