



LATIN AMERICAN THEOLOGICAL SEMINARY

"como obrero aprobado" II Timoteo 2:15

Financial and Administrative Office Credit Card Authorization Release Form

TO BE COMPLETED BY THE CARDHOLDER

I, _____ (Print your name) agree to have my credit card charged by LABI College. This credit card will be used for the authorized purchases or invoice payments. I understand that my payment will not be processed until this has been received by LABI College. Please Note** there is a 3% fee that will be added to all credit card transactions.

Payable To _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Cell Phone :(_____) _____ Or (_____) _____

Reason: _____

Credit Card Number

Print Name of Card Holder

V-code: Last 3 numbers on the back of your card

Type of Credit Card

Expiration Date

Amount to be charged:

\$ _____

Name and Signature of person making request

Date

Office Use Only

Date request received: _____ Amount Approved: \$ _____

Date of credit card statement: _____

Signature of person reviewing statement

Date



LATIN AMERICAN THEOLOGICAL SEMINARY

"como obrero aprobado" II Timoteo 2:15

Forma de autorización de pago con la tarjeta de crédito

DEBERA COMPLETARSE POR EL DUEÑO DE LA TARJETA

Yo _____ (escriba su nombre en letra de molde) estoy de acuerdo que de mi tarjeta de crédito se haga un pago a nombre de LATS/LABI COLLEGE.

Esta tarjeta de crédito será usada para la autorización de una compra o el pago de una factura. Yo entiendo que mi pago no será procesado hasta que no se sea recibido por LATS/LABI COLEGE. Por favor, tome en cuenta que hay un pago del 3% que será añadido a su tarjeta por cualquier transacción con la tarjeta.

Pagar a _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono celular :(____) _____ O (____) _____

Razón: _____

Número de la tarjeta de crédito

Escriba el nombre que aparece en la tarjeta

Fecha de expiración

Tipo de tarjeta de crédito

V-código: Los últimos tres números que están en la parte de atrás de tu tarjeta _____

Suma a pagarse: \$ _____ Fecha _____

Nombre y firma de la persona que hace la petición

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha de la petición recibida _____ Suma aprobada \$ _____

Fecha del estado de cuenta de la tarjeta de crédito _____

Firma de la persona que reviso el estado de cuenta

Fecha