



SOLICITUD DE INFORMES ADICIONALES

Envíe por correo a:
Educational Testing Service
Attn: EXADEP – MS 13Q
1425 Lower Ferry Road
Ewing, NJ 08628

GÉNERO: Masculino Femenino

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Apellidos Nombre Día Mes Año

Dirección Postal: _____ Fecha de Examen: _____ / _____ / _____
Código Postal Día Mes Año

Administración: Regular Especial

Teléfono Diurno: _____

Centro de Examen: _____

Correo Electrónico: _____

Indique abajo los códigos de las instituciones y/o facultades o departamentos (vea lista códigos) a las cuales usted autoriza a recibir sus resultados. Si no tiene los códigos anote el nombre y dirección postal.

Marque aquí si la institución o escuela de posgrado no aparece en la lista de códigos de instituciones. Incluya dirección completa abajo.

Instituciones/Escuela Posgrado

Dirección Postal

- _____
- _____
- _____

POR CADA INFORME ADICIONAL EL COSTO ES DE \$20 (se envían de 10 a 15 días laborables), EN GIRO POSTALO BANCARIO A FAVOR DE ETS O CON TARJETA DE CRÉDITO LLENANDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. PUEDE ENVIAR LA FORMA POR FAX CON PAGO DE TARJETA AL 973-735-1903.

NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA TARJETA:		CANTIDAD A PAGAR
FORMA DE PAGO: <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito/Débito (Cualquier tarjeta con uno de los siguientes logotipos de tarjetas de crédito podrán ser aceptadas y procesadas.) <input type="checkbox"/> American Express® <input type="checkbox"/> China UnionPay® <input type="checkbox"/> Diners Club International® <input type="checkbox"/> Discover® <input type="checkbox"/> JCB® Card <input type="checkbox"/> MasterCard® <input type="checkbox"/> VISA®		\$20 x _____ = \$ _____
Número de Tarjeta:	Fecha de Vencimiento: _____ / _____ (Mes) (Año)	TOTAL \$ _____
Firma del Poseedor de la Tarjeta:		

COBRO/DATOS SOBRE PERSONA QUE POSEE LA TARJETA DE CRÉDITO: (Si no son los mismos del cliente indicado arriba)

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____ País: _____

FOR ETS USE ONLY:

Date Report Processed _____ / _____ / _____ <i>Month Day Year</i>	_____ / _____ / _____ <i>Día Mes Año</i>
--	---

Firma del solicitante

Día Mes Año

Copyright © 2020 por Educational Testing Service. Todos los derechos reservados.

ETS y el logotipo de ETS son marcas registradas de Educational Testing Service (ETS) en los Estados Unidos y en otros países. EXADEP es una marca de ETS. EXADEP es una marca registrada de ETS en Chile y México. Todas las demás marcas registradas son propiedad de sus respectivos dueños.