

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 boletín) 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**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**POR CADA INFORME ADICIONAL EL COSTO ES DE \$20 (se envían de 10 a 15 días laborables) POR SERVICIO REGULAR O \$45 (se envían en 1 a 2 días laborables) POR SERVICIO INMEDIATO POR CADA INFORME, EN GIRO POSTAL O BANCARIO A FAVOR DE ETS O CON TARJETA DE CRÉDITO LLENANDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.**

NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA TARJETA:		CANTIDAD A PAGAR
<b>FORMA DE PAGO:</b> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito/Débito (Cualquier tarjeta con uno de los siguientes cinco logotipos de tarjetas de crédito podrán ser aceptadas y procesadas.) <input type="checkbox"/> American Express® <input type="checkbox"/> Discover® <input type="checkbox"/> JCB® Card <input type="checkbox"/> MasterCard® <input type="checkbox"/> VISA®		\$20 x _____ = \$ _____ \$45 x _____ = \$ _____
Número de Tarjeta: _____	Fecha de Vencimiento: _____ / _____ <small>(Mes) (Año)</small>	Sub-total \$ _____
Firma del Poseedor de la Tarjeta: _____		Añade Impuestos* \$ _____
		TOTAL \$ _____
		*Visite <a href="http://www.ets.org/exadep/impuestos">www.ets.org/exadep/impuestos</a> para el impuesto por país.

**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: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE ETS SOLAMENTE:**

Fecha de envío del Informe \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año