

Formulario de Restitución de Resultados del examen EXADEP™

ETS Oficina de Puerto Rico
 American International Plaza
 250 Muñoz Rivera Ave., Suite 315
 San Juan, Puerto Rico 00918-1811

Teléfono: +1-787-753-6363 • Correo electrónico: pro@ets.org

Los resultados del EXADEP™ que haya cancelado pueden restituirse si envía por **CORREO** o por **CORREO ELECTRÓNICO** este formulario debidamente completado a la Oficina de ETS en Puerto Rico y si se recibe en o antes de los 60 días posterior a la fecha de su examen. El costo por restituir sus resultados son US\$30. Puedes enviar el pago en giro o cheque certificado a nombre de ETS o el Formulario de Pago con Tarjeta de Crédito disponible en www.ets.org/exadep. Los resultados se enviarán a los destinatarios que usted originalmente indicó en su solicitud. Si desea enviar los resultados a instituciones adicionales, debes llenar la Solicitud de informes adicionales y pagar US\$20 por cada informe.

Los resultados se restituirán y se enviarán aproximadamente 10 días laborables después de haber recibido su solicitud

Nombre: _____ Número de Registro: _____
Apellidos Nombre

Teléfono diurno: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Día Mes Año

Correo electrónico: _____ Fecha de Examen: ____/____/____
Día Mes Año

Nombre del Centro de Examen: _____ Número del Centro: _____

País del Centro de Examen: _____ Lugar del Centro de Examen: _____

INSTITUCIONES DONDE INDICÓ ORIGINALMENTE QUE DESEABA ENVIAR LOS RESULTADOS

- Verifique los códigos de instituciones y departamentos en www.ets.org/exadep/destinatarios_resultados o en el Boletín. Coteja que los códigos estén correctos ya que se envían a base de los códigos que usted anota. Anote también el nombre de la institución y departamento.
- Si la institución o programa no aparece en la lista de códigos, anote abajo el nombre y dirección postal.

Código de Institución	Código de Departamento	Nombre de la Institución	Departamento	Dirección Postal

NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA TARJETA:

CANTIDAD A PAGAR

FORMA DE PAGO: Giro/Cheque Certificado Tarjeta de Crédito/Débito (Cualquier tarjeta con uno de los siguientes cinco logotipos de tarjetas de crédito podrán ser aceptadas y procesadas.)

American Express® Discover® JCB® Card MasterCard® Visa®

Costo (\$30) \$ _____

Añade Impuestos* \$ _____

TOTAL \$ _____

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: ____/____/____
Mes Año

*Visite www.ets.org/exadep/impuestos para el impuesto por país.

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: _____

 Firma del solicitante

_____/_____/_____
Día Mes Año

PARA USO DE ETS:

RECIBIDO POR: _____

FECHA PROCESADO: _____