

Solicitud de Revisión de Resultados

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

Nombre: _____
Apellidos Nombre

Género: Masculino Femenino

Dirección Postal: _____

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

Fecha de Examen: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

_____ Código Postal: _____

Centro de Examen: _____

Administración: Regular Especial

Estuve presente en la fecha de examen indicada arriba. He recibido los resultados y solicito que se revise a mano mi hoja de respuestas. Entiendo que si hay una discrepancia en los dos resultados, se le enviarán los resultados revisados a las instituciones indicadas originalmente en mi solicitud.

El costo de la revisión es de \$40 en giro postal o bancario a favor de ETS.

NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA TARJETA:		CANTIDAD A PAGAR
FORMA DE PAGO: <input type="checkbox"/> Giro/Cheque Certificado <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®		Costo (\$40) \$ _____ Añade Impuestos* \$ _____ TOTAL \$ _____
Número de Tarjeta: _____	Fecha de Vencimiento: _____ / _____ <small>Mes Año</small>	*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: _____		

PARA USO DE ETS SOLAMENTE:

Fecha de envío del Informe: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

_____ / _____ / _____
Firma del solicitante Día Mes Año