



Para: Pylmon Languages

De:

Fax: (34) 93 3178192

Fax:

Teléfono: (34) 93 3013532

Teléfono:

Asunto: Pago de curso - tarjeta crédito Fecha:

Apreciados Sres. / Dear Sirs:

Autorizo a PYLMON LANGUAGES S.L. a cobrar en mi tarjeta VISA/MASTERCARD el importe indicado a continuación:

I authorize PYLMON LANGUAGES S.L. to charge to my VISA/MASTERCARD the amount indicated below:

Nombre del estudiante:

Name of the student

Nombre del titular de la tarjeta:

Card holder's name

Nº pasaporte del titular de la tarjeta:

Passport holder's

Nº Tarjeta VISA/MASTERCARD:

Credit card number

____ - ____ - ____ - ____

Fecha de caducidad (mes/año):

Expiration date (month/year)

___ / ___

Cantidad autorizada en euros:

Amount authorized in euros

____.____.____, ____ €

Fecha:

Date

___ / ___ / ___

Firma del titular :

Signature of the Cardholder
