

CREDIT CARD AUTHORIZATION FORM

(ФОРМА РАЗРЕШАЮЩАЯ ОПЛАТУ КРЕДИТНОЙ КАРТОЙ)

PLEASE COMPLETE THIS AUTHORIZATION AND RETURN IT TO OUR OFFICE BY
(ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ НАСТОЯЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ ЛАТИНСКИМИ БУКВАМИ И ОТПРАВЬТЕ ЕГО ПО
ФАКСУ :+1 (954) 636-7104

STUDENT NAME: _____
ИМЯ СТУДЕНТА КАК В ЗАГРАНПАСПОРТЕ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ ОТЧЕСТВО)

Cardholder Name: _____
ИМЯ ВЛАДЕЛЬЦА КРЕДИТНОЙ КАРТЫ (КАК НА КРЕДИТНОЙ КАРТЕ)

Cardholder Address: _____
АДРЕС ВЛАДЕЛЬЦА КРЕДИТНОЙ КАРТЫ (УЛИЦА И № ДОМА, № КВАРТИРЫ)

(ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, СТРАНА, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)

Credit Card Type: _____ VISA _____ MASTERCARD

(ТИП КРЕДИТНОЙ КАРТЫ)

Credit Card Number: _____ - _____ - _____ - _____
(НОМЕР КРЕДИТНОЙ КАРТЫ)

Expiration Date: _____ / _____
КРЕДИТНАЯ КАРТА ДЕЙСТВИТЕЛЬНА ДО

Card Identification Number (last 3 digits located on the back of the credit card): _____
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ПОСЛЕДНИЕ 3 ЦИФРЫ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ КРЕДИТНОЙ КАРТЫ)



Amount Charged: \$ _____ (USD)
СУММА (ЦИФРОВОЙ ФОРМАТ: X,XXX.XX) _____ ПРОПИСЬЮ

Apply Amount to:
РАСПРЕДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

Registration & Document Processing Fees, Including SEVIS Fee \$ _____ (Non-refundable)
РЕГИСТРАЦИЯ, ОБРАБОТКА ДОКУМЕНТОВ, ГОСПОШЛИНА SEVIS (НЕ ВОЗВРАЩАЕТСЯ)

Tuition and Books/Supplies/Student Kit \$ _____
СТОИМОСТЬ ОБУЧЕНИЯ И КНИГ/РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ/ИНСТРУМЕНТОВ

Cardholder Signature: _____ Date _____
ПОДПИСЬ ВЛАДЕЛЬЦА КАРТЫ _____ ДАТА (ММ,ДД , ГГГГ)

FAX or send the authorization to:

Prestige Health and Beauty Sciences Academy

3845 NE 163rd Street

North Miami Beach, FL 33160, USA

Tel: 305-395-3458 Fax: 954-636-7104