



## FORMA DE REGISTRO Y PAGO

Nombre:

Compañía:

Dirección Postal:

Teléfono:

Fax:

Celular:

### Método de Pago y Política de Cancelación

Número de Cheque #

Cantidad \$

VISA\*\*

MASTERCARD\*\*

Nombre tarjetahabiente:

# de Tarjeta:

Fecha de Expiración:

Código de seguridad:

Firma tarjetahabiente:

Firma:

Fecha:

Política de Cancelación: Se reembolsará el 30% del pago si la cancelación se efectúa en o antes del 30 días antes de actividad. Luego de esta fecha no habrá devolución de dinero a persona o Institución.

Acerto la Política de Cancelación

Favor de enviar la hoja de registro y la política de cancelación completada a [feliciano@felicianocomm.com](mailto:feliciano@felicianocomm.com)  
o vía fax al 787-777-1425 o por correo regular a la siguiente dirección:  
PO Box 12021 San Juan, PR 00914

**ENVIAS**