**Certificación en Estudio de Sueños en el entorno clínico con supervisión**26 de febrero – 15 de julio

**Formulario de registro**

Por favor llene, firme y envíe el formulario por correo electrónico o correo postal al Instituto Assisi, [assisi@together.net](mailto:assisi@together.net).

Nombre:

Dirección de facturación:

Ciudad, Estado y Código Postal:

Teléfono de la casa:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Título profesional:

**Tarjeta de Crédito:**

Nombre tal como aparece en la tarjeta de crédito:

Número de tarjeta:

Expiración:

Código de seguridad:

FIRMA DEL SOLICITANTE:

Fecha:

CERTIFICO que mi firma en este formulario es una certificación de que la información en esta solicitud es verdadera y que la firma y la información son las de dicho solicitante.

**Póliza** **de retiro / reembolso antecipado**

Hay un período de retiro anticipado de 14 días que finaliza el 11 de marzo, 2024 en el que la matrícula se le reembolsará al estudiante, menos los costos administrativos de $ 7.75. Después de los14 días de retiro anticipado no se realizarán reembolsos.

**Autorizaciones**

\_\_\_\_\_ Estoy autorizando al Instituto Assisi a realizar los pagos arriba indicados en la tarjeta de crédito que he anotado a continuación. Entiendo que los pagos se realizarán en la manera siguiente:

**OPCIONES DE PAGO:**

**Opción # 1: Matrícula de pago completo**  
= USD 115.00 + 5.25 = 120.25  
  
**Opción # 2: dos pagos**  
Matrícula (USD 115.00) más tarifa de procesamiento (USD 10.00) = USD 125.00

dos pagos de USD con vencimiento en las siguientes fechas: $62.50

26 de febrero

6 de mayo  
**Elijo el siguiente plan de pago:**

Pago completo \_\_\_\_\_ (2) Dos pagos \_\_\_\_\_\_

Si prefieren hacer el pago por PayPal, manden la tarifa a [assisi@together.net](mailto:assisi@together.net)