SOLICITUD DE CERTIFICADO

(Una solicitud por alumno. Por favor envíe las solicitudes para todos los alumnos a la vez.)

Alumno ID: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/____ Fecha: _____
mes/día/año

(Escriba claramente como desea que aparezca en su certificado)

Nombre del alumno:

Nombre Inicial Apellido(s)

Nombre de la iglesia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ ES: _____ Código postal: _____

Teléfono: ( ) _____

Líder de Grupo: _____

Teléfono líder: ( ) _____ Teléfono estudiante: ( ) _____

Cuota de Graduación/Certificado: $10.00 (No reembolsable)

Información/Instrucciones:

1. Por favor rellena y envía juntamente con esta formulario, un cheque, o giro postal o los datos de su tarjeta de crédito por la cantidad de $10.00 a:
2. INSTE 2302 SW 3rd Street –Ankeny, IA 50023 ó fax (515) 289-9201 **(si paga con tarjeta).**
3. El certificado será procesado la última semana del mes que esta solicitud fue recibida. El certificado será enviado a la iglesia la primera semana del mes siguiente.
4. Únicamente los estudiantes que hayan terminado exitosamente el Primer Nivel de estudios (Discipulado 1, Discipulado 2, Antiguo Testamento y Nuevo Testamento) pueden solicitar el certificado.

Firma del líder de grupo _____ Día de graduación_____

METODO DE PAGO:

☐ Cheque/Giro Postal (Money order)

☐ Visa ☐ MasterCard Fecha de expiración: _____/_____ CVS:___ ___ ___*(los tres últimos números al dorso de la tarjeta)

Número:_____ _____ _____ _____

La **dirección de la cuenta** de la tarjeta de crédito: (donde recibes la factura):

_____

Deletrea el nombre: _____ Firma autorizada: _____
Nombre como aparece en la tarjeta de crédito

SÓLO PARA LA OFICINA:

Date Rec´d: _____ Transcript checked by: _____Date: _____

Certificate Prepared by: _____ Certificate Sent on: _____By: _____

Amount Rec´d: _____ SR/INV #: _____By: _____