



*** Por favor, escriba claramente debajo el nombre y la dirección COMPLETA del individuo o institución a quien haya que enviar la copia. Si necesita enviarla a más de dos lugares, por favor adjunte una hoja con los nombres y las direcciones adicionales.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

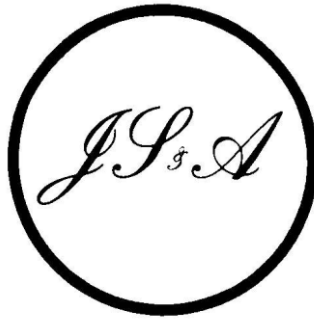
Todo informe o traducción adicional se envía por correo de primera clase. Si desea que enviemos su informe a través de una empresa de courier (FedEx, UPS, etc.), debe enviarnos un formulario de envío de la empresa elegida completo con su número de cuenta además de esta solicitud.

Por favor, haga su cheque o giro a nombre de Josef Silny and Associates, Inc. Si paga con tarjeta de crédito, debe llenar y presentar el formulario de Información sobre Tarjetas de Crédito (adjunto). Los pagos NO SON REEMBOLSABLES.

Certifico que toda la información que he proporcionado en este formulario es completa, precisa y verdadera. Certifico que he leído las instrucciones y condiciones y estoy de acuerdo con los términos expresados en la misma. Entiendo que la evaluación es a título de consulta y las agencias o instituciones que la usan pueden no coincidir con nuestra opinión. Libero a Josef Silny & Associates, Inc. de toda responsabilidad por daños que puedan resultar del uso que yo o cualquier agencia o institución pueda dar a la evaluación y/o traducción.

Firma del cliente

Fecha



INFORMACIÓN SOBRE TARJETAS DE CRÉDITO

IMPORTANTE: Por favor envíe una fotocopia del frente y el reverso de su tarjeta de crédito y una fotocopia de su licencia de conducir de los Estados Unidos o de su pasaporte.

Nombre del titular
(como aparece en su tarjeta de crédito)

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
---------------	----------------	----------

Nombre de la persona que solicita el servicio
(si es otro que el del titular de la tarjeta de crédito)

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
---------------	----------------	----------

Dirección donde se envía el
resumen de la tarjeta de crédito:

Número y Calle	Apartamento (si se aplica)		
Ciudad	Estado	Código postal	País

Autorizo a Josef Silny & Associates, Inc. a cobrar mi (indique una de ellas)

VISA MASTER CARD la cantidad de: \$ _____

Número de la tarjeta de crédito: _____

Tres dígitos adicionales en el reverso de la tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento (Mes/Año): _____

Firma del titular de la tarjeta de crédito (obligatoria): _____

Firma

Fecha: _____

Esta firma autoriza a Josef Silny & Associates, Inc. (JS&A) a cobrar el valor de los servicios solicitados en dólares estadounidenses e indica que el titular se somete al cumplimiento de los Términos y Condiciones (Incluyendo que las cantidades cobradas NO SON REEMBOLSABLES, como se indica en la solicitud de servicios de JS&A).