

NOMBRE _____ LIC. _____

TELS. _____

EMAIL _____

Curso: _____

Pago: _____

Fecha: _____

___ CHEQUE No. _____ a nombre de **Universidad Interamericana de Puerto Rico**

___ **Tarjetas de crédito utilizar hoja adjunto**

Enviar a: UIPR-Escuela de Optometría
Educación Continua / D. Antúnez, OD
500 Carr John Will Harris (830)
Bayamón, PR 00956-6257

Tel: 787- 765- 1915 X 1003, 1019
dantunez@opto.inter.edu

Fax: 787-767-3920

