



FORMULARIO DE CANCELACIÓN

Fecha, Ciudad / / .

Información de contacto

Nombre _____
 Apellido _____
 País _____
 E-mail _____
 Celular _____

Motivo de la Cancelación

FORMA DE PAGO

TARJEA DE CRÉDITO	PAYPAL
Número	Número de tarjeta asociada
Nombre que figura en la tarjeta	Usuario PayPal
Monto abonado \$	Monto abonado USD
Fecha en que realizó pago / /	Fecha en que realizó pago / /

