COMPROMISO DE PAGO

Arequipa, ____ de _____ del 201_

Señor Mg.
Leonidas Zavala Lazo
Director General de Administración
Universidad Nacional de San Agustín

Ciudad

Yo, ……., con Documento Nacional de de Identidad ( ), (Pasaporte) ( ), N° ……. señalando domicilio en …….me comprometo a realizar el pago de S/. …… (letras) …… por derechos de estudio en el …… Semestre del Programa: ……,de acuerdo al cronograma siguiente:

Forma de Pago: Semestral ( ) ……Cuota ( ) ……Fecha Pago ( ) …….

Forma de pago;: Mensual ( )

1° Cuota: Monto S/. ……. Fecha de Pago . ……..
2° Cuota: Monto S/. ……. Fecha de Pago . ……..
3° Cuota: Monto S/. ……. Fecha de Pago . ……..
4° Cuota: Monto S/. ……. Fecha de Pago . ……..

De igual manera me comprometo a pagar los intereses y/o mora a que diere lugar el incumplimiento en las fechas previstas. Por la presente autorizo la suspensión de registro de evaluaciones y emisión de certificados de estudios y otros documentos de información académica requerido por mi persona, en tanto no se haya cumplido con el pago comprometido.

Atentamente:

(Firma)

(nombre del Firmante)
Verificación notarial.

_____
V°B° Director de la Unidad de Posgrado