



### SOLICITUD DE SERVICIO "CARE"

1. Nombre y Apellidos			
2. Su fecha de nacimiento en este formato DD/MM/AA			
3. Email:			
4. Fecha de Solicitud (DD/MM/AA):			
5. País donde realizo su curso de buceo:			
6. Fecha aproximada cuando realizó su curso de buceo (si es posible, al menos el año)			
7. Nivel de certificación para el que desea la confirmación (por favor seleccione solo una):	<input type="checkbox"/>	<b>Scuba Diver</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Open Water Diver</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Advanced Diver</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Rescue Diver</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Otra</b>	
8. Si selecciono "Otra", por favor especifique:			
9. Si realizo su curso hace mas de 2 años necesitamos una foto tipo pasaporte. Por favor escanee su foto como una imagen JPG a 150 PPP y envíela por email a <a href="mailto:certifications@acuc.es">certifications@acuc.es</a> . Escriba a continuación el nombre del fichero JPG: <i>La opción "BASIC" cuesta 7€ (más 21% IVA para ciudadanos de la UE) al año e incluye la confirmación online en pantalla de tu certificación. La opción "PLUS" son 14€ (más 21% IVA para ciudadanos de la UE) al año e incluye lo mismo que la opción "BASIC", mas la posibilidad de imprimir dicha confirmación y además, un seguro de reemplazo anual de tu tarjeta de certificación (una por año contratado y después de 3 meses de la contratación del servicio).</i>			
10. Deseo contratar la siguiente opción (por favor seleccione una):	<input type="checkbox"/>	<b>BASIC (7€)</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>PLUS (14€)</b>	
<b>PAGO POR TARJETA DE CREDITO SOLO</b>			
11. Tarjeta de Crédito (marque la que desea usar):	<input type="checkbox"/>	<b>Visa</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Mastercard</b>	
12. Número de Tarjeta de Crédito:			
13. Fecha de Caducidad (MM/AA):			
14. Autorizo a ACUC, al marcar la columna SI a continuación, en lugar de mi firma, a cargar a mi tarjeta de crédito la cantidad de acuerdo con la opción elegida por mí en el punto 10 anterior (mas IVA si aplicable):	<b>SI:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO:</b>
15 Su número de Documento Nacional de Identidad o Pasaporte (necesario para la facturación)			
16. Su dirección postal completa (calle y numero, ciudad, provincia, código postal y país) – necesario para la facturación – Por favor permita 10 días laborales para procesar su solicitud):			
<b>INSTRUCCIONES PARA ENVIAR UN CUESTIONARIO PDF INTERACTIVO</b>			
<b>La mejor forma de enviarnos este cuestionario es rellenándolo y luego presionado el botón "Enviar" a continuación; si tiene problemas enviándolo entonces puede rellenarlo, luego salvarlo en su PC y adjuntarlo a un email dirigido a <a href="mailto:certifications@acucinternational.com">certifications@acucinternational.com</a></b>			
<b>Si aun así tiene problemas, no dude en ponerse en contacto con nosotros en 917668412 o en el email mencionado anteriormente.</b>			