



Formulario de Solicitud de Apostilla

1) Nombre: _____ Compañía: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Numero de Celular: _____

2) Tipo de Documento(s):	Precios:	Tipo de Documento(s):	Precios:
1. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	7. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	8. _____	\$ _____

***SUBTOTAL: \$ _____**

3) Servicio Solicitado: NY Servicio Regular NY Servicio Rápido NY Servicio Expedido
 Servicio Urgente Embajada Legalización Otros Estados o Federal

País o consulado en el que se utilizará(n) el(los) documento(s) en: _____

4) ¿Se necesita una traducción del/los documento(s)? SI NO

SI- ¿Cuál es el idioma deseado? _____ a _____ ***PRECIO DE TRADUCCION:\$ _____**

5) Son los documento(s) a ser devuelto(s) o enviado(s) a una dirección diferente a la anterior:

DEVUELTO a la dirección escrita REENVIADO a otra dirección

6) Si se reenvían el/los documento(s), ingrese la información a continuación:

a. Nombre: _____ Compañía: _____ Teléfono: _____

b. Dirección: _____ Ciudad/Provincia: _____

c. Estado: _____ País: _____ Código Postal: _____

* ENVÍO DENTRO DE EE. UU.: Correo Regular \$25 Correo Express \$35 Internacional (varia) \$ _____

****TARIFA DE CREDITO 3.8% : \$ _____ ***TOTAL FINAL: \$ _____**

Entiendo completamente que al firmar este Acuerdo de Solicitud de Apostilla: (1) acepto pagar un cargo de manejo de \$25 por todos y cada uno de mis cheques devueltos; (2) Acepto pagar todos los cargos legales y de cobro incurridos por Apostille Corp en el proceso de cobro de facturas vencidas, cheques devueltos y/o cargos atrasados adeudados a Apostille Corp por mí; (3) Apostille Corp no es responsable de todos y cada uno de los documentos dañados o perdidos en tránsito, extraviados o enrutados incorrectamente por cualquier embajada consular o agencia del gobierno local, estatal o federal de los EE. UU.

Firmado(a): _____ Fecha: ____/____/____

SOLO USO DE OFICINA

1. Fecha Enviada: ____/____/20____	2. Devolver : _____	Numero de Rastreo _____
3. MODO DE PAGO: <input type="checkbox"/> # DE CHEQUE _____ <input type="checkbox"/> MONEY ORDER <input type="checkbox"/> TARJETA DE CREDITO		
<input type="checkbox"/> WESTERN UNION <input type="checkbox"/> TRANSFER DE BANCO		

Imprima, complete y envíe por correo o escanee este formulario con la orden a:

APOSTILLE CORP

41-01A 48th Street.

Sunnyside NY 11104

Tel: 718-751-6254

info@apostillecorp.com