



### 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 48<sup>th</sup> Street, Sunnyside NY 11104  
Tel: 718-751-6395  
info@apostillecorp.com