



**Fundación
María Cecilia**
de Ayuda al Niño
Oncológico
RES. 548/92 I.G.J.

Formulario de Donación

Imprimir el presente formulario, y enviarlo con los datos completos y firma, a:

Por Fax: 4747-1096

Por correo: Av. Centenario 555, 3ro D. (CP: 1642)

Escaneado a: debito@fmc.org.ar

Autorizo a debitar la suma mensual de:

Fecha: ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/>	\$30
<input type="checkbox"/>	\$50
<input type="checkbox"/>	\$100
<input type="checkbox"/>	\$200
<input type="checkbox"/>	\$300
<input type="checkbox"/>	\$500
<input type="checkbox"/>	Otro importe:

Con mi tarjeta de crédito VISA / débito VISA (subrayar lo que corresponda)

Número:

Vencimiento:

Firma del titular de la tarjeta:

Aclaración:

Datos personales

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Localidad y código postal:

CUIT / CUIL:

DNI:

Teléfono:

Ocupación:

E-mail:

..Con tu ayuda, el cáncer se cura..

..Gracias!!!