

Soy el socio colaborador

Nº



DATOS PERSONALES TITULAR

Nombre Completo:

RUT:

Dirección:

Comuna:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

MI APOORTE PARA UN NIÑO CON FISURA será de:

\$ 3.000

\$ 10.000

\$ 20.000

\$ 5.000

\$ 15.000

\$ Otro Monto

Mes de inicio E F M A M J J A S O N D

Anual___ Semestral___ Mensual___

ALTERNATIVAS PARA ENTREGAR MI APOORTE:

A) DESCUENTO AUTOMÁTICO EN CUENTA BANCARIA

Banco:

Nº de cuenta bancaria:

Día de aplicación de descuento mensual ___Día 5 ___Día 20

B) DESCUENTO AUTOMÁTICO EN TARJETA DE CRÉDITO

Banco:

Nº de tarjeta de crédito:

Vencimiento: / /

MasterCard

Visa

Magna

Diners Club

American Express

Por este mandato, autorizo a Fundación Gantz - Hospital del Niño con Fisura, para que mensualmente cargue a mi cuenta corriente, cuenta vista o tarjeta de crédito MI APOORTE VOLUNTARIO.

* El mandante se obliga a mantener la cuenta corriente por él indicada, los fondos necesarios, incluida la línea de sobregiro, si la tuviese, para cumplir los cargos que se hagan en virtud del presente mandato, liberando al banco de toda responsabilidad en caso de no mantener los fondos disponibles a la fecha de los cargos o errores en la información proporcionada.

C) RECAUDADOR A DOMICILIO SI___ NO___

Fecha mandato: / /

Firma SOCIO COLABORADOR:

FUNDACIÓN GANTZ 
HOSPITAL DEL NIÑO CON FISURA