

Quiero ayudar a los niños, niñas y adolescentes de la Fundación Amigos del Niño con Cáncer Zulia a través de la colaboración **mensual** de:

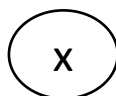
☒ Bs. 500 ☒ Bs. 1000 ☒ Bs. 2000 ☒ Bs. 5000
☒ Bs. 10.000 ☒ Bs. 20.000 ☒ Otro monto Bs. X

Yo autorizo a debitar de mi cuenta

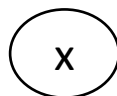
Nº XX

O autorizo a debitar de mi tarjeta de crédito Nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Banco XXXXXXXXXX fecha de vencimiento XX / XX



VISA



Nombres y Apellidos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX C.I.: XXXXXXXXXXXX

Dirección para correspondencia: XX

Teléfonos: XXXXXXXXXXXX//XXXXXXXXXXXX Ciudad: XXXXXXXXXXXX

E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Fecha: XX / XX / XX

Firma autorizada

Esta autorización se dará por término el día que usted lo decida. Los datos suministrados se manejan bajo estricta reserva y seguridad. Los fondos serán destinados para ayudar a cientos de pacientes de la Fundación Amigos de Niño con Cáncer Zulia.

Para más información www.fundanicazulia.org.ve
Teléfonos: (0261) 7525361 - 7526066 / 0414 - 6411618
E-mail: info@fundanicazulia.com

