

APADRINAMIENTO – ANGEL GUARDIAN

Depósito a la Cuenta Corriente **No.240-0100289**
del Banco de Reservas a nombre de la
Fundación Amigos Contra el Cáncer Infantil, Inc.
por la suma mensual de RD\$_____

Autorización pago con Tarjeta de Crédito

Por este medio AUTORIZO a la Fundación Amigos Contra el Cáncer Infantil, a
descontar de mi Tarjeta de Crédito No. _____
Fecha de Vencimiento _____ Tipo de Tarjeta _____
Pertenece al Banco _____
Cantidad Mensual RD\$ _____

La aplicación del pago será realizada por la Fundación mediante
transacciones tecladas en la fecha establecida. De ser rechazado por el
Banco, entiendo que debo pagar directamente a las oficinas de la Fundación
con el debido recargo del 10%.

De igual forma, doy constancia que tengo pleno conocimiento del
procedimiento del pago a utilizarse conjuntamente con el Banco seleccionado
por la Fundación al momento de la aplicación del pago indicado, por lo que
me aboco a las leyes y políticas establecidas en este sentido.

Dado en Santo Domingo, D.N. a los _____ (____) días del
mes de _____ del año _____.

Nombre del Tarjeta Habiente

Firma del Tarjeta Habiente

Familia: _____

Tel.y/o Cel.: _____

Correo Electronico: _____

Nota: Favor de enviar este formulario completado al Fax 809-567-0550
Cualquier dato adicional pueden llamar al 809-565-7581

Gracias por su contribucion