



MANDATO DE COLABORACIÓN

Su ayuda permite que personas de escasos recursos puedan recibir una atención médica y de salud mental de primer nivel y acceder a tratamientos de rehabilitación de alcoholismo

Quiero colaborar con FEDESOS

Fecha: ____ / ____ / ____

Deseo aportar:

\$10.000 \$20.000 \$30.000 \$40.000 Otro \$

Alternativas de colaboración

APOORTE AUTOMÁTICO VÍA CUENTA BANCARIA:
Por el presente instrumento autorizo al Banco _____ en mi calidad de titular (representante legal) de la cuenta:

Cuenta Corriente n° _____ Seleccionar día de cargo

Cuenta Vista n° _____
(se debe adjuntar fotocopia cédula identidad)

5 de cada mes

25 de cada mes

APOORTE AUTOMÁTICO VÍA TARJETA DE CRÉDITO:

Tipo tarjeta: Visa Mastercard Diners American Express

N° tarjeta: Fecha vencimiento

Datos Personales

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

R.U.T.: _____ Dirección: _____

Comuna/Ciudad: _____ Tel / celular : _____

E-mail: _____ Firma: _____

Gestor de la Donación

Nombre: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____