FUNDACIÓN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Sólo la investigación mantiene la esperanza de vencer la esclerosis múltiple

SU AYUDA LO HARÁ POSIBLE

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Población: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ DNI: _____

E-mail: _____

IMPORTE: Marque con una X o escriba la cantidad que desee en el espacio de puntos

72 € ☐ 150 € ☐ 300 € ☐ ..... ☐

PERIODICIDAD DEL PAGO: Marque con una X como quiere distribuir el pago

Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

¿Tiene usted esclerosis Múltiple? SI ☐ NO ☐

¿Desea recibir correspondencia? SI ☐ NO ☐

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Señores,
Les agradeceré que hasta nuevo aviso atienda los recibos que presentará FUNDACIÓN ESCLEROSIS MÚLTIPLE MADRID con cargo a mi cuenta:

ENTIDAD					OFICINA					D.C.			CUENTA									

Fecha: _____ Firma del titular: _____