Angelitos de Cristal i.a.p.

Autorización de Donativo

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Deseo hacer mi donativo a Angelitos de Cristal I.A.P para apoyar a pacientes con osteogénesis imperfecta de la siguiente manera:

- ◯ **$500 pesos al mes**
- ◯ **$700 pesos al mes**
- ◯ **$1,000 pesos al mes**
- ◯ **$3,000 pesos al mes**
- ◯ **Otra cantidad** _____ **pesos al mes**
- ◯ **Donativo único** _____

Datos personales

Nombre: _____ _____ _____
Nombre (s) **Apellido Paterno** **Apellido Materno**

Teléfono de Casa _____ Oficina _____ Extensión _____

Teléfono Celular _____ Fecha de Cumpleaños ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Datos para realizar el donativo a través de tarjeta de crédito

Master Card ◯ Visa ◯ American Express ◯

Por Favor escriba su nombre exactamente como aparece en su tarjeta:

_____

Número de tarjeta: ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐
(15 o 16 Digitos)

Fecha de Vencimiento ____ ____
mes año

Datos Fiscales para recibo deducible de impuestos

Razón Social _____ RFC: _____

Dirección _____ _____ _____ _____
Calle **#Ext.** **#Int.** **Colonia**

_____ _____ _____
Estado **Alcaldía/Municipio** **Código Postal**

E-mail _____

***Compartir su constancia de situación fiscal y este formato por correo: administracion@angelitosdecristal.org**

Declaro estar conforme, para que **Angelitos de Cristal I.A.P.** realice los cargos automáticos a la cuenta que le lleva.

Acepto que **Angelitos de Cristal I.A.P.** haga público que soy donante para fines de comunicación Si ◯ No ◯

• Se dejará de prestar el servicio cuando se restrinja el crédito que tiene celebrado con el EMISOR o cualquier otra institución de crédito,se denuncie o rescinda o por cualquier causa se extinga y deje de estar en vigor. También en el caso de que llegará a excederse en el límite de crédito autorizado, o bien, por existir cualquier saldo que deba considerarse vencido de conformidad con las disposiciones de su respectivo contrato de apertura de crédito. El titular de la tarjeta de crédito se encuentra dentro de sus facultades, para cancelar la autorización, previa noticación escrita que se dirija a: **Angelitos de Cristal I.A.P.** con una anticipación de cuando menos 15 (quince) días naturales a la fecha en que se deba vericarse el siguiente CARGO AUTOMÁTICO.

En caso de robo o extravío de la TARJETA DE CRÉDITO, se deberá cancelar la autorización la cual podrá activarse nuevamente una vez que se cuente con el número de la tarjeta nueva.

_____
Firma

____ / ____ / ____ /
Día Mes Año

Autorizo que se realice el cargo en **Angelitos de Cristal I.A.P.** AVISO DE PRIVACIDAD **Angelitos de Cristal I.A.P.** con domicilio en Tekal No.37 Col. Jardines del Ajusco Alcaldía Tlalpan, C.P 14200 en la Ciudad de México. Se utilizarán los datos personales que aquí ha señalado para realizar su donativo a esta institución, informarle sobre cambios, resultados de la Institución y conocer su opinión acerca de la calidad de la atención a nuestros donantes. Sus datos personales serán resguardados y mantenidos como **CONFIDENCIALES.** Para mayor información usted puede acceder al aviso de privacidad completo en:

www angelitosdecristal.org

"Mis huesos son frágiles
pero mi corazón
late fuerte como el tuyo"