

Monto del donativo

Fecha de elaboración:

Nombre:

Domicilio de contacto:

  
CALLE Y NÚMERO COLONIA  
CÓDIGO POSTAL CIUDAD ESTADO

Contacto:

  
TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

¿Con qué periodicidad deseas donar?

Única

Trimestral

Mensual

Semestral

Anual

**Forma de pago**

**TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

A la cuenta **65-50576330-2** de **SANTANDER**  
CLABE **014180655057633024**  
a nombre de Fundación  
**Iker las Mejores Cosas Vienen del Corazon IAP**

**DEPÓSITO EN VENTANILLA**

Realice un depósito bancario  
a la cuenta **65-50576330-2** de **SANTANDER**  
a nombre de Fundación  
**Iker las Mejores Cosas Vienen del Corazon IAP**

**Favor de enviar comprobante de donación al correo electrónico: [direccion@ikerporelcorazon-iap.org.mx](mailto:direccion@ikerporelcorazon-iap.org.mx)**

**VÍA TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO**

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Banco emisor: \_\_\_\_\_

Nombre que aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha preferida para el cargo: \_\_\_\_\_ Tarjeta \_\_\_\_\_

Monto del donativo: \_\_\_\_\_

Monto con letra: \_\_\_\_\_

Por medio de este documento autorizo a la Fundación IKER Por el Corazon IAP a realizar el cargo a la mencionada tarjeta, de la cantidad arriba indicada y conforme a las instrucciones señaladas, siempre y cuando tenga saldo disponible, hasta que notifique por escrito la modificación o cancelación de este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
**Firma del tarjetahabiente**

**DESEO QUE SE ME ENVÍE EL RECIBO DEDUCIBLE:**

Mensual

Trimestral

Semes tral

Anual

Razón social:

Domicilio fiscal:

RFC:  Teléfonos:

Correo electrónico: