

Monto del donativo

¿Con qué periodicidad deseas donar?

Única

Trimestral

Mensual

Semestral

Anual

Fecha de elaboración:

Nombre:

Domicilio de contacto:

CALLE Y NÚMERO COLONIA

CÓDIGO POSTAL CIUDAD ESTADO

Contacto:

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

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

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: _____