

YO SOY CAPAZ DE AYUDAR

Nombres y Apellidos

Dirección

Teléfono domicilio Trabajo

Otro

E-mail

A través de mi tarjeta de crédito

Tarjeta No.

Vence Mes Año

Autorizo debitar de mi tarjeta a cuotas de:

\$ 5..... \$ 10..... \$ 20..... \$ 30..... otra.....

Mensual por 12 meses..... una sola vez.....

mensual indefinido.....

A partir del mes de.....

Debo y pagaré incondicionalmente a la orden del emisor la suma de dinero indicada en este documento.

Firma

C.I
.....

Favor enviar este desprendible a FASINARM ubicado en Kennedy Norte, Av. María Piedad Castillo de Levy y Av. Miguel H. Alcívar, atrás de Radio Sucre o al fax 04-2680620 - 04-2680637, o contactarse con nosotros para su entrega. También puede llenarlo a través del portal www.fasinarm.org