

## SI DESEA AYUDAR AL HOSPITAL, POR FAVOR RELLENE EL FORMULARIO

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Población/Ciudad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

D.N.I./N.I.F. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos titular cuenta \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

IBAN

FIRMA TITULAR DE LA CUENTA

- 150€ Mensual 15€ Mensual
- 75€ Mensual 10€ Trimestral
- 35€ Mensual
- Otra cantidad: \_\_\_\_\_
- Giro Postal
- Talón
- Transferencia
- Domiciliación bancaria

### NOTA

Su donativo puede ser desgravado de la cuota del I.R.P.F., mediante el recibo que le remitimos (por favor rellene todos sus datos).

Sus datos personales serán incorporados en un fichero autorizado con las garantías de confidencialidad estipuladas por la ley.

Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, comunicándolo por escrito a Fundación Prodein.

Una vez completado enviar a: [info@prodein.org](mailto:info@prodein.org)  
o imprimir y enviar por correo postal a:  
Fundación Prodein, Calle de Santa Engracia 152, 2D - 28003 MADRID