

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
o imprimir y enviar por correo postal a:
Fundación Prodein, Calle de Santa Engracia 152, 2D - 28003 MADRID