

DESEO AYUDAR A TRANSFORMAR LA  
ESTANCIA DE LOS NIÑOS EN LOS HOSPITALES

Fecha

\$500 pesos al mes     \$700 pesos al mes     \$1,000 pesos al mes     \$6,000 pesos al año

Otra cantidad  pesos al mes    Otra forma de pago

Nombre  Apellido Paterno  Apellido Materno

Teléfono  Celular  Email

Dirección

Calle

#Ext #Int

Colonia

Delegación o Municipio

Ciudad

Estado

Código Postal

Tarjeta de Crédito     Tarjeta de Débito    Banco

Nombre que aparece en la tarjeta

Número de tarjeta     -     -     -

Fecha de vencimiento      Código de seguridad

También puedes realizar tu donativo a la cuenta 1631307-0 de Banorte CLABE 072 18000016313070-7

DATOS FISCALES

Embajador

Deseo recibo deducible de impuestos en los terminos de la ley del Impuesto Sobre la Renta

Razón Social

RFC

El titular de la tarjeta de crédito se encuentra dentro de sus facultades, para cancelar la autorización, previa notificación escrita que se dirija a PVO. México, A.C. con una anticipación de cuando menos 15 (quince) días naturales a la fecha en que se deba verificar el siguiente CARGO AUTOMÁTICO. Con la firma del presente formulario se autoriza a PVO. México, A.C. a realizar los cargos mensuales definidos en este documento ante la institución financiera correspondiente.

Nombre y firma