



**FUNDACIÓN VENEZOLANA  
CONTRA LA PARÁLISIS INFANTIL  
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL**

**Planilla para Donación en Efectivo o Cheque**

Si quiero Colaborar con los programas de la **Fundación Venezolana Contra La Parálisis Infantil** con un aporte de:

Bs. 20.000     Bs. 50.000     Bs. 100.000     Bs. 200.000     Bs. 500.000     Bs. 1.000.000

Otro Monto: Bs.:

Mensual     Trimestral     Semestral     Anual

Apellidos y Nombre:	
Empresa:	
Dirección:	
Ciudad:	
Teléfono Oficina:	
Teléfono Habitación:	
Fax:	
Teléfono Celular:	
Email:	
Fecha de Nacimiento:	

\_\_\_\_\_  
Firma