



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



**Planilla para Donación con Tarjeta de Crédito**

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

|                                     |                                     |                                      |                                      |                                      |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bs. 20.000 | <input type="checkbox"/> Bs. 50.000 | <input type="checkbox"/> Bs. 100.000 | <input type="checkbox"/> Bs. 200.000 | <input type="checkbox"/> Bs. 500.000 | <input type="checkbox"/> Bs. 1.000.000 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|

Otro Monto: Bs.:

|                                  |                                     |                                    |                                |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Trimestral | <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> Anual |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

|                      |   |  |  |
|----------------------|---|--|--|
| Apellidos y Nombre:  |   |  |  |
| Empresa:             |   |  |  |
| Dirección:           |   |  |  |
| Ciudad:              |   |  |  |
| Teléfono Oficina:    |   |  |  |
| Teléfono Habitación: |   |  |  |
| Fax:                 |   |  |  |
| Teléfono Celular:    |   |  |  |
| Email:               |   |  |  |
| Fecha de Nacimiento: |   |  |  |
| Tipo de Tarjeta:     | <input type="checkbox"/> Visa  | <input type="checkbox"/> Master Card  |  |
| Nº:                  |   |  |  |
| Banco:               |   | Fecha de Vencimiento:  |  |
| C.I.:                |   | Fecha:   |  |

\_\_\_\_\_  
Firma