

Cupón de donativo

Aportación Mensual: \$
Nombre:
Dirección:
Colonia:
Código Postal:
Ciudad:
Teléfono:
Móvil:
E-mail:
Fecha de nacimiento: día mes
Nombre promotor:
Teléfono:
Móvil:

Cargo a tarjeta: Crédito Débito
Número:
 Visa MasterCard American Express
Banco emisor: Código Amex
Vencimiento mes año

Cargo a cuenta de cheques:
CLABE:
Banco emisor:

Firma del titular

Si desea recibo deducible de impuestos por su donativo, favor de proporcionar los siguientes datos:

Recibo a favor de:
El mismo Otro

Nombre:
R.F.C.:

Domicilio Fiscal

Calle y número:
Colonia: C.P.
Municipio o delegación:
Ciudad: Estado:



Gracias!

Por este conducto autorizo a Asesoría para el Manejo Adecuado de la Discapacidad A.C. el cargo automático a la tarjeta de crédito o débito descrita en este documento en la cantidad y periodicidad señaladas, en las condiciones estipuladas en mi contrato de apertura suscrito con el banco emisor de la misma, siempre y cuando tenga saldo disponible.

Autorizo al Banco receptor para que realice por mi cuenta los pagos que en este documento se detallan con cargo a la cuenta bancaria identificada como CLABE, siempre y cuando tenga saldo disponible. Convengo en que el banco receptor queda liberado de toda responsabilidad si el emisor ejercitara acciones contra mi, derivados de la ley o del contrato.

Aviso de provacidad: www.amad.org.mx



**Asesoría para el Manejo
Adecuado de la Discapacidad**

Asesoría para el Manejo Adecuado de la Discapacidad A.C.
Privada de la 25 B sur #1102. Colonia La Paz. C.P. 72160. Puebla, Puebla.
2267539.
www.amad.org.mx