

Nom _____ Cognoms _____

N.I.F. _____ Telèfon _____ E-mail _____

Adreça _____ C.P. _____ Població _____

*Desitjo el certificat per gaudir
dels beneficis fiscals establerts per la Llei 49/02.*

Desitjo col·laborar amb la PEDIATRIE KIMBONDO
amb una AJUDA de _____ €

Xec
 Domiciliació bancària
 Transf / ingrés a
**C/C ES59 0075 0336
3106 0003 3607**

*Marqui amb una creu si decideix
AUTORIZAR EXPRESAMENT a
la Fundació a enviar informació
relacionada amb la seva activitat
per correu electrònic.*

Si Autoritzo No Autoritzo

Mensualment _____ €
 Trimestralment _____ €
 Anualment _____ €

Signatura del titular del C/C

C/C (24 dígits) _____

Titular C/C _____ Data: _____