

Deseo participar con una aportación mensual de:

\$400 \$600 \$1200 Otra _____

Nombre Completo _____

Dirección Calle/ No. _____

Col. _____

CP. _____

Delegación o Municipio _____

Estado _____

Teléfono _____

Celular _____

E- mail _____

Cumpleaños _____

Cargo a tarjeta de débito o crédito

VISA Master Card American Express

Banco _____

No. de tarjeta _____

Código de seguridad _____

Fecha de vencimiento

Mes _____

Año _____

Cargo a cuenta de cheques / CLABE

Nombre de promotor _____

Teléfono _____

E- mail _____

Fecha _____

Por este pagaré acepto cubrir a la orden del banco emisor con cargo a la tarjeta descrita en este documento, la cantidad que aparece al reverso de este título, 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 por la cuenta CLABE o números de tarjeta de débito indicada al reverso, siempre y cuando tenga saldo disponible. Convengo en que mi banco receptor queda liberado de toda responsabilidad si el emisor ejerce acciones contra mí derivadas de la ley o del contrato que tengamos celebrado.

Si desea recibo deducible de impuestos por su donativo, por favor anote sus datos:

Recibo a favor de _____

Domicilio Fiscal _____

El mismo

Otro

RFC. _____

El mismo

Otro

E-mail donde desee recibir su comprobante _____

