



MI DONATIVO

FUNDACIÓN ACADEMIA DE MÉDICOS DE FAMILIA DE PUERTO RICO

Adjunto está mi donación \$ _____ . #ID Miembro: _____

Nombre: _____

Dirección postal: _____

e-mail: _____

Número de teléfono: _____



Fundación AMFPR

PO Box 260272

San Juan, PR 00926-2617



787-790-4735



fundacionamfpr@gmail.com

NIVELES DE RECONOCIMIENTO ANUALES

Founder's Club \$500 o más

President's Club \$250

Patron \$100

Benefactor \$75

Sponsor \$50

Friend \$25

Otra cantidad: \$

Métodos de pago: Tarjeta de Crédito o Cheque

Cheque # _____

Cheque a favor de: Fundación AMFPR

Enviar: PO Box 260272 San Juan, PR 00926-2617

CONTRIBUCIONES CON TARJETA DE CREDITO

Por favor cargue mi MasterCard VISA American Express

Cantidad de contribución única: \$ _____

Me gustaría establecer un regalo recurrente. Autorizo a FAMFPR a que cargue \$ _____ mensualmente a ser procesado los días 15 de cada mes.

Número de tarjeta: _____

Código de seguridad: _____ Fecha de expiración: _____

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____