"FICHA DE REGISTRO DE PROGRAMAS"

☐ **Adopta una Esperanza de Vida** ☐ **Deja tu Huella** ☐ **Voluntariado** ☐ **Otros**

☐ **Donativo en Efectivo** ☐ **Donativo en Especie** ☐ **Ponle Corazón**

FECHA DE REGISTRO: _____ **FECHA DE INICIO DE PAGOS**: _____

ALTA x☐ RENOVACIÓN ☐
PERSONA FÍSICA ☐ PERSONA MORAL ☐

DATOS PERSONALES

NÚM. DE REF.: _____ **PTE. ASIGNADO:** _____

NOMBRE: _____
TITULO NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

FIRMA DE COMPROMISO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **TELEFONO:** _____
FAX: _____ **CELULAR:** _____ **RADIO:** _____
EMAIL: _____
ASISTENTE: _____ **TELÉFONO**: _____ **EXT.** _____
EMAIL: _____

DIRECCION PARA ENTREGA DE CORRESPONDENCIA: _____

_____

DATOS FISCALES

REQUIERE DEDUCIBLE: SI ☐ NO ☐

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____
RFC: _____
DOMICILIO FISCAL: _____
CALLE NÚM. COLONIA

_____
CUIDAD EDO. C.P.

FORMA DE PAGO:
FICHA RAP ☐ DEPOSITO DIRECTO EN CUENTA EU ☐ TRANSFERENCIA BANCARIA ☐

DEP. FARM. ROMA ☐ CARGO A TARJETA DE CREDITO ☐ CARGO A CUENTA BANCARIA ☐

CARGO LOS DIAS: DIAS 15 DEL MES ☐ DIAS 30 DEL MES: ☐

PERIODO: MENSUAL ☐ BIMESTRAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐

CANTIDAD: **DOLÁRES** ☐ **PESOS** ☐

NOTA: SOLO TARJETAS VISA O MASTERCARD Y CUENTAS EN MN. EN BANCOS DE MEXICO

FCL-PO-DN-002-F01

FAVOR DE LLENAR Y ENVIAR POR MAIL O FAX AL: (664)969-59-14 AL 17 ext. 117 /dianad@fundacioncastrolimon.org Lic. T.S. Diana Delgado