



Ficha de Registro del Padrino
"Adopta una Esperanza de vida"



FECHA DE REGISTRO: _____

DATOS PERSONALES:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TITULO NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

TEL. PARTICULAR: _____ CELULAR: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TEL. TRABAJO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DE ASISTENTE: _____ TEL. Y EXT.: _____

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA: _____

¿QUIEN LO INVITO AL PROGRAMA ADOPTA? _____

¿REQUIERE DEDUCIBLE? SI NO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ RFC: _____

DOMICILIO FISCAL: _____

CALLE NUM. COLONIA

CIUDAD ESTADO C.P.

DATOS DEL DONATIVO:

MONTO: \$ _____ PESOS DÓLARES

FORMAS DE PAGO: PERIODO: MENSUAL ANUAL UNICO

CARGO A CUENTA BANCARIA O TARJETA DÉBITO: DÍA 15 DEL MES DÍA 01 DEL MES ANEXO 1
INDISPENSABLE LLENAR Y FIRMAR ANEXO 1
(CUENTAS EN M.N. EN BANCOS DE MEXICO)

CARGO A TARJETA DE CRÉDITO: DÍA 15 DEL MES DÍA 01 DEL MES *LLENAR PAGARÉ
(VISA O MASTERCARD)

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA: OTRO: _____

***PAGARÉ DE CARGO SOLO PARA TARJETAS DE CRÉDITO:**

Por medio del presente autorizo a Fundación Castro-Limón, A. C. para que solicite a HSBC, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC, el Banco que con base en el contrato con la institución emisora cargue a mi Tarjeta Bancaria No. _____ con fecha de vencimiento _____ (mes) _____ (año), perteneciente al banco emisor _____, o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior

por su robo o extravío me haya asignado la institución, para que cargue las cantidades que por concepto de Donativo Adopta una Esperanza, en forma mensual, mediante cargo automático. Esta autorización estará vigente mientras que el suscrito no la revoque expresamente por escrito. Así mismo manifiesto mi conformidad y me obligo a sujetarme a las políticas que se establezcan para este tipo de servicio en particular a las siguientes Condiciones: (a) La suscripción de pagarés a favor del banco emisor para documentar el cargo en cuenta no será necesario, siendo reconocidos los importes que aparezcan al amparo de esta autorización en el estado de cuenta de mi Tarjeta Bancaria; (b) En caso de insuficiencia de fondos en mi cuenta, conozco que los pagos correspondientes serán rechazados, siendo de mi entera responsabilidad el pago del principal adeudo con la empresa así como los intereses y accesorios que generen y, (c) Me doy por enterado de que las disposiciones que regulan el manejo de mi Tarjeta Bancaria son independientes a la presente autorización por lo que dicha TARJETA se registrará por el propio contrato de apertura de crédito en cuenta corriente que he celebrado con el banco emisor del mencionado plástico.

¿DESEA RECIBIR INFORMACION DE SU AHIJADO /AHIJADA? SI NO

PARA LLENADO EXCLUSIVO DE FUNDACIÓN CASTRO LIMÓN A.C.

INICIO DE PAGOS: _____ REFERENCIA: _____ PACIENTE ASIGNADO: _____

Se considera con la distinción de padrino o madrina hasta que usted nos indique lo contrario.
Favor de enviar por fax o email: (664) 969-59-14 al 1 / ext. 111 / adopta@fundacioncastrolimon.org, Lic. Lorena Barragan.