



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



FECHA DE REGISTRO: _____

DATOS PERSONALES:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TEL. PARTICULAR: _____	TITULO _____	NOMBRE(S) _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	CELULAR: _____	RADIO: _____
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 <input type="checkbox"/>	DÓLARES <input type="checkbox"/>	
FORMAS DE PAGO:	PERIODO:	MENSUAL <input type="checkbox"/>	ANUAL <input type="checkbox"/>	UNICO <input type="checkbox"/>
CARGO A CUENTA BANCARIA O TARJETA DÉBITO: <input type="checkbox"/>	DÍA 15 DEL MES <input type="checkbox"/>	DÍA 01 DEL MES <input type="checkbox"/>	ANEXO 1	
INDISPENSABLE LLENAR Y FIRMAR ANEXO 1 (CUENTAS EN M.N. EN BANCOS DE MEXICO)				
CARGO A TARJETA DE CRÉDITO: <input type="checkbox"/>	DÍA 15 DEL MES <input type="checkbox"/>	DÍA 01 DEL MES <input type="checkbox"/>	*LLENAR PAGARÉ	
(VISA O MASTERCARD)				
DEPÓSITO EN CUENTA FCL: <input type="checkbox"/>	DLLS <input type="checkbox"/>	PESOS <input type="checkbox"/>		
(CON FICHAS REFERENCIADAS)				
TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA: <input type="checkbox"/>	OTRO: _____			
DEPÓSITO EN CUENTA DE EUA: <input type="checkbox"/>	_____			
DEPÓSITO EN FARMACIAS ROMA: <input type="checkbox"/>	_____			

***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 éste 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

¿DESEA RECIBIR UN PORTA RETRATO CON LA FOTO DE SU AHIJADO /AHIJADA? SI NO

¿CONOCE ALGUNA PERSONA QUE LE INTERESE APADRINAR? _____

NOMBRE: _____ CELULAR: _____

TEL. PARTICULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

PARA LLENADO EXCLUSIVO DE FUNDACION CASTRO LIMON 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 17 ext. 117, adopta@fundacioncastrolimon.org, Lic. Lorena Barragán. FCL-PO-AE-01-F01