

Doação - Débito em Conta

Hospital do Câncer – Grupo Luta pela Vida

Nosso muito obrigado por acreditar na transparência e seriedade desta instituição.

NOME					
ENDEREÇO	Nº				
COMPLEMENTO	BAIRRO				
CIDADE	ESTADO				
CEP	PAÍS				
TELEFONE					
E-MAIL					
VALOR DA DOAÇÃO					
<input type="checkbox"/> R\$ 10,00	<input type="checkbox"/> R\$ 15,00	<input type="checkbox"/> R\$ 20,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 30,00	<input type="checkbox"/> R\$ 50,00	<input type="checkbox"/> OUTRO: R\$ _____			
DATA DO VENCIMENTO					
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> OUTRO
PERIODICIDADE					
<input type="checkbox"/> MENSAL					
<input type="checkbox"/> ÚNICO					
AUTORIZO O DÉBITO DO VALOR ACIMA EM MINHA CONTA CORRENTE, NA DATA INDICADA.					
BANCO	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL	<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA			
	<input type="checkbox"/> BANCO REAL	<input type="checkbox"/> BANCO BRADESCO			
AGÊNCIA _____	CONTA CORRENTE Nº _____				
ASSINATURA					

Preencha o formulário, assine e envie para o Grupo Luta pela Vida - Rua Ivaldo Alves do Nascimento, 645, 1º andar - B. Aparecida, Uberlândia/MG - CEP 38400-683.