

Fecha: _____
Nombre: _____
Tarjeta No: _____
Vence mes: _____ Año: _____
Banco emisor tarjeta: _____
R.F.C _____
Domicilio: _____

Colonia: _____
Código postal: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

ACEPTO QUE SE CARGUEN MENSUALMENTE
A MI TARJETA DE CRÉDITO LA CANTIDAD DE:

\$500.00

\$350.00

\$200.00

Otro: _____

COMO DONATIVO PARA FUNDACIÓN
AUTISMAX I.A.P.

Firma de autorización del tarjetahabiente

ESTA AUTORIZACIÓN ESTARÁ EN VIGOR
HASTA QUE EL TARJETAHABIENTE INDIQUE
LO CONTRARIO POR ESCRITO A FUNDACIÓN
AUTISMAX I.A.P. PARA QUE NO LE SEA
HECHO EL CARGO AUTOMÁTICO A PARTIR
DEL MES SIGUIENTE DE LA FECHA DE
RECEPCIÓN DEL CITADO ESCRITO