St. Jude Children's Research Hospital
Finding cures. Saving children.

Formulario de Donación Impreso

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: 501 St. Jude Place • Memphis, TN 38105

Monto de donación: $_____ ❑ Mensual ❑ Una sola vez

INFORMACIÓN DE PAGO

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Tel. casa:(_____)_____ Tel. celular: (_____)_____

Correo electrónico:_____

❑ Done con cheque: Envíe su cheque por correo junto con este formulario a 501 St. Jude Place, Memphis, TN 38105

❑ Done con tarjeta de débito/crédito: Por favor cargue a mi tarjeta de débito/crédito mi donativo de: $_____
(Todas las cantidades serán cargadas en dólares estadounidenses).

Circule el tipo de tarjeta: AMERICAN EXPRESS DISCOVER MasterCard VISA

Por favor escriba Núm. de Tarjeta usando un bolígrafo de color **Negro** o **Azul**. Fecha de Exp. (MMAA)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Nombre en la tarjeta:_____
Por favor escriba claramente su nombre

Firma de autorización:_____

¿Le gustaría dedicar esta donación?

❑ No.
IIS190788777

❑ Sí, mi donación es en honor a_____.
Nombre del individuo
MHI190431001

❑ Sí, mi donación es en conmemoración de_____.
Nombre de la persona fallecida
MMI190431001

¿Desea que St. Jude le envíe una tarjeta a alguien como notificación de su donación en honor o conmemorativa? La cantidad de su donación no se incluirá en la tarjeta.

❑ No, no envíe una tarjeta.

❑ Sí, envíe la tarjeta a:

Nombre: _____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

*Mensaje personal y firma (máximo 120 caracteres):*_____

_____

¡DUPLIQUE SU IMPACTO! Al utilizar el programa de donaciones equivalentes de su empleador, podría duplicar o triplicar su apoyo a St. Jude Children's Research Hospital. Para verificar si su empleador iguala su donación a St. Jude, visite stjude.org/matchinggifts. Si tiene preguntas escríbanos a: matchinggifts@stjude.org