CECPAM®
CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MÉXICO

Fecha _____

Estoy de acuerdo en que mi donativo sea para: visitas domiciliarias, suplencias del cuidador, medicamentos, enseres y/o equipo de cuidados y confort.

DATOS PERSONALES

Nombre _____
Celular _____
Correo electrónico _____

Autorizo el cargo automático a mi tarjeta VISA ☐ MASTER CARD ☐
BANCO _____ Vigencia _____
Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Crédito ☐ Débito ☐

DATOS FISCALES

Nombre/Razón Social _____
_____ R.F.C. _____
Calle, Nº exterior, Nº interior, Colonia _____
_____
Alcaldía/Municipio _____ C.P. _____
Ciudad _____ País _____
Correo electrónico _____

MONTO ÚNICO ☐ **MENSUAL** ☐ **ANUAL** ☐

_____ _____
FIRMA DONANTE FIRMA CECPAM

CUENTA BANCARIA CECPAM
citibanamex 01976089347 **CLABE** 002180019760893479
Sucursal 9646 Pedregal, Cráter, Ciudad de México
donativos@cuidadospaliativos.org.mx

Aviso de Privacidad: En cumplimiento con lo estipulado en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares LFPDPPP, hacemos de su conocimiento que el Centro de Cuidados Paliativos, I.A.P., con domicilio en Calle Amacuzac 99 Col. Barrio San Pedro, Del. Iztacalco, C.P.08220 es responsable de recabar sus datos personales de manera física y electrónica, del uso que se le dé a los mismos y de su protección para los fines de la relación jurídica para los cuales fueron proporcionados. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad vigente en www.cecpam.org.mx.