|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº SOCIO: (Uso Interno) | RUT: | N.P.I. |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre |
| Monto Aporte Mensual $ | Primer cuota a descontar\*: | Fono contacto: |
| *(\*)Autorizo irrevocablemente al Dpto. Bienestar Social (M) a descontar de mis haberes la cantidad señalada, en forma mensual.*  |
| “TU APORTE AYUDA A LA REHABILITACIÓN DE MUCHAS PERSONAS.”Marcar con una X tu opción:\_\_\_ $10.000.- mensual \_\_\_ $ 5.000.- mensuales\_\_\_ $2.500.- mensual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F I R M A  |
| “*Centro de Rehabilitación necesita un aporte voluntario PERMANENTE todo el año. Las Jornadas solo financian el 20% de las operaciones de los 3 centros que cuentan actualmente. PUNTA ARENAS, NATALES Y PORVENIR”.* |
| **COPIA BIENESTAR**  |
| Punta Arenas, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| RUT | MONTO APORTE MENSUAL $ |
| NOMBRE |

 |
| **COPIA CENTRO DE REHABILITACIÓN** |

**FORMULARIO DE APORTE VOLUNTARIO**



Punta Arenas, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_