|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_