

FORMULARIO DE APOORTE VOLUNTARIO



Punta Arenas, ___/___/___

Nº SOCIO: (Uso Interno)	RUT:	N.P.I.
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Monto Aporte Mensual \$	Primer cuota a descontar*:	Fono contacto:

(*): Autorizo al Dpto. Bienestar Social (M) a descontar de mis haberes la cantidad señalada, en forma mensual.

“TU APOORTE 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 APOORTE MENSUAL \$
NOMBRE	

COPIA CENTRO DE REHABILITACIÓN