

FUNDACIÓN SÍNDROME DE WEST

Domicilio: Plaza Mayor, 1 - 28229 Villanueva del Pardillo (Madrid)
Tel. 902 01 21 38 - www.sindromedewest.org - fundacion@sindromedewest.org

Si desea colaborar, rellene estos datos y envíelos al domicilio de la Fundación o al fax **91 815 06 48**

Apellidos: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Localidad / Provincia: _____ C.P.: _____

teléfono de contacto: _____ e-mail: _____

SÍ, deseo formar parte de la Fundación Síndrome de West como:

- Amigo** con un donativo de _____ € una sola vez
 Colaborador **30 € / anuales** firma
 Protector **60 € / anuales**
 Benefactor desde **60 € / anuales**

cantidad anual: _____ € fecha: _____

Forma de pago: Talón adjunto Giro postal nº _____ Domiciliación bancaria



Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la fecha atiendan los recibos girados a mi nombre, con cargo a mi cuenta corriente/cartilla de ahorro:

BANCO / CAJA Entidad: Sucursal: D.C. N° de cuenta
 □□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□

Nombre y Apellidos (TITULAR): _____