

Por este pagaré, me obligo incondicionalmente a cubrir a la orden del banco emisor de la tarjeta descrita en este documento, la cantidad que aparece es el total de este título y con la periodicidad indicada, hasta que notifique por escrito su modificación o cancelación, en las condiciones estipuladas en mi contrato de apertura de crédito suscrito con el banco emisor de la misma. Asimismo autorizo a que con cargo al mencionado contrato, se sirven pagar a UNIDOS... Asociación Pro-Trasplante de Médula Ósea, "Francisco Casares Cortina", A.C. la cantidad arriba indicada y conforme a las instrucciones señaladas, siempre y cuando tenga saldo disponible.

NOTA: LOS DONATIVOS SON DEPOSITADOS EN BANAMEX CTA. No. (0516)6206628

## UNIDOS... Asociación Pro-Trasplante de Médula Ósea, "Francisco Casares Cortina" , A.C.

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_ PROMOTOR \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Cumpleaños \_\_\_\_\_

DOMICILIO / Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELÉFONOS / Casa \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**TARJETAS** N° de Tarjeta o CLABE INTERBANCARIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

American Express

Visa

Master Card

Fecha de vencimiento

\_\_\_\_\_ Banco

\_\_\_\_\_ Firma del Titular

### PERIODICIDAD

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

### MONTO DEL DONATIVO/CARGO AUTOMÁTICO

\$ 300.00  \$ 750.00

\$ 500.00  \$ 1,000.00

Otra cantidad \$ \_\_\_\_\_

Monto con letra \_\_\_\_\_

## DATOS PARA EL RECIBO DEDUCIBLE DE IMPUESTOS

Recibo a favor de: \_\_\_\_\_

Domicilio Fiscal: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

R.F.C.:

Reenviar al correo electrónico: [unidos@uni2.org.mx](mailto:unidos@uni2.org.mx)