



# PROGRAMA PADRINAZGO

Tu aporte es vital para que podamos seguir creciendo y transformar su realidad

Nombre y apellido.....  
 E-Mail.....  
 Teléfono..... Celular.....  
 Dilección.....  
 Localidad.....  
 Código Postal.....Provincia.....

QUIERO SUMAR MI APOORTE  
 CON TARJETA DE CRÉDITO/DEBITO

i	100 Mensual	visa
	60 mensual	
l	40 mensual	Mastercard/Argencard
	Otro valor	

N'.....

Vencimiento...../.....

Cod.Seg.....



**Ayudanos a ayudar!**