

# Done



## Deseo apoyar a los Centros de Salud Comunitarios Access

Deseo/deseamos donar la cantidad de: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos comunicarnos con usted?:

Correo postal    Correo electrónico    Cualquiera de las opciones

### Donación única

*Pago por tarjeta de crédito o débito en [www.accesscommunityhealthcenters.org](http://www.accesscommunityhealthcenters.org) o*

Número de tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Pago adjunto\_\_ (monto en \$) \_\_\_\_\_

*Por favor, haga el cheque a nombre de Access Community Health Centers*

*Envíe a:*

*Access Community Health Centers  
2901 West Beltline Highway, Suite 120  
Madison, WI 53713*

### Donaciones recurrentes

Se pueden hacer pagos mensuales, trimestrales o anuales con tarjeta de crédito o débito en [www.accesscommunityhealthcenters.org](http://www.accesscommunityhealthcenters.org)

### Donación honorífica

Esta donación se realiza en honor/memoria de: \_\_\_\_\_

Favor de enviar acuse de recibo a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, comuníquese con: Paul Harrison, Director de Desarrollo, al 608.443.5544, o por correo electrónico a [paul.harrison@accesshealthwi.org](mailto:paul.harrison@accesshealthwi.org)

Deseo/deseamos que la donación permanezca anónima.