

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 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**

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

Deseo/deseamos que la donación permanezca anónima.