



# FUNDACION MEXICANA DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA ANGEL A.C.

## FORMATO-AUTORIZACION PARA OTORGAR DONATIVO A FUMENEP A.C.

Nombre completo: _____	TEL. _____	FAX _____
Calle y No. _____	Colonia _____	
C.P. _____	Ciudad o Estado _____	E-mail _____
Fecha de su cumpleaños _____	Estado civil _____	Hijos _____

<b>MONTO DEL DONATIVO</b>		
\$250 _____	\$500 _____	\$1,000 _____
Otro _____		
<b>FRECUENCIA DEL DONATIVO</b>		
Mensual _____	Por única vez _____	Otro _____
<b>FORMAS DE APORTACION</b>		
Banco: SCOTIABANK INVERLAT S.A.		
Número de cuenta: 0100257238      Clabe interbancaria: 044180001002572385		
A nombre de FUNDACION MEXICANA DE NEUROLOGIA PEDIATRICA ANGEL A.C.		
Otro medio (indicar) _____		
<b>DATOS FISCALES PARA EL RECIBO DEDUCIBLE DE IMPUESTOS</b>		
Nombre Fiscal _____		
Domicilio fiscal (completo) _____		
RFC _____	TEL _____	FAX _____