

Para asegurar que ninguna persona de la tercera edad se quede con hambre. Adjunto esta mi regalo de \$ _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

cheque (a nombre de Meals on Wheels of the Salinas Valley)

Cargar mi: Visa Master Card

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de Vencimiento _____

Nombre en la tarjeta: _____ Número de teléfono: _____
(Por favor letra de molde)

Firma: _____ Fecha: _____

Inscribanme en el Programa de Donación Mensual

Quiero hacer una donación mensual de: \$10 \$15 \$20 \$25 \$50 \$100 otra \$ _____

Yo autorizo a Meals on Wheels cargar mi tarjeta de crédito cada mes (completar la información de arriba)

Yo incluiré a Meals on Wheels en mi sistema de Pagos Automático

Yo enviare un cheque cada mes a Meals on Wheels

Donación en en Memoria de _____

Honor de: _____ for (ocasión): _____

Por favor, envíe una notificación de esta donación (no mencionamos la cantidad) a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Esta donación es anónima; por favor no incluya mi nombre en publicaciones.

Número Federal de Identificación: 77-0064507. Contribuciones son deducibles de impuestos siguiendo las normas del IRS.

Meals on Wheels del Valle de Salinas
40 Clark Street, Suite C, Salinas, CA 93901

831.758.6325 teléfono
831.758.6518 fax