

DONACIÓN PERIÓDICA

Deseo colaborar con la **Fundación Milenmil** realizando un aporte periódico de Bs.F.: _____.

Periodicidad (marque con "x")

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

Número de Tarjeta de Crédito

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha de Vencimiento

mes del año

Código de Seguridad (CCV)

□	□	□
---	---	---

Tarjetas Aceptadas:



Nombre y Apellido:

Cédula: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Email: _____

Firma

Comentarios:

Fecha:

□	□	/	□	□	/	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Firmando este documento autorizo al **Banco Mercantil** a realizar el pago de esta donación a la **Fundación Milenmil** bajo los términos antes expuestos.

Los pagos serán realizados los primeros días de cada mes según corresponda.

La **Fundación Milenmil** le notificará por mensaje de texto y/o correo electrónico cada vez que se realice un aporte de su Tarjeta de Crédito.

Para suspender este aporte periódico, debe llamar en horario de oficina a la **Fundación Milenmil** al (58) 212 266 7390 o enviar un correo a info@milenmil.com

La **Fundación Milenmil** se responsabiliza del uso, privacidad y resguardo de la información aquí suministrada.