CHC COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

"Desde 1979 brindamos servicios de calidad de atención médica primaria enfocados en la familia a personas con acceso limitado."

FORMULARIO PARA DONACIONES DE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

Sí, deseo asociarme con CHC para brindar acceso a atención médica de calidad a las personas sin seguro del condado de Salt Lake.

INSTRUCCIONES		**ENVIAR EL FORMULARIO A:**
Imprima el formulario desde el navegador. IMPRIMA o ESCRIBA las respuestas Guarde una copia para su registro.		**Community Health Centers, Inc.** 1798 S. West Temple Salt Lake City, UT 84115

Nombre del donador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Adjunto la donación de: □ $50 □ $100 □ $150 □ $200 □ $250 □ otro

Emitir los cheques a nombre de: **Community Health Centers, Inc.**

Pagar con tarjeta de crédito: □ Visa □ MasterCard

Número de tarjeta: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre tal cual figura en la tarjeta: _____

Código de seguridad (código de 3 dígitos al dorso): _____

Firma: _____

- ☐ Deseo donar de manera anónima.
- ☐ Deseo incluir a CHC en mis planes del patrimonio.
- ☐ Deseo realizar una visita a una clínica.
- ☐ Deseo saber más sobre cómo ser un miembro de la junta.
- ☐ No deseo recibir comunicaciones ni correos de CHC.

Deseo que mi donación sea un tributo conmemorativo u honorario.

- ☐ A la memoria de: _____
- ☐ En honor a: _____
- ☐ Conmemorando: _____

Enviar una tarjeta de reconocimiento a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____