

**"SOÑÉ QUE ERA VIEJO
Y ERA UNA CARGA
PARA MI FAMILIA"**

**El sueño que nadie quiere,
es la realidad que muchos
adultos mayores tienen.**



1. Llena este formulario a mano.

2. Entrega este formulario a tu Padrino, Madrina o contacto en Fundación Las Rosas.

Si tienes dudas, llámanos al 800 720 111 o escríbenos a info@flrosas.cl

Folio

Nombre del Captador Libre: _____

Datos del Amigo

Nombres:

Apellidos:

Rut:

Teléfono:

E-mail:

Dirección:

Comuna:

Ciudad:

Compromiso de aporte mensual:

☐ Nuevo Amigo

☐ Aumento de aporte

☐ \$ 3.000

☐ \$ 5.000

☐ \$ 10.000

Otro monto \$

Forma de Aportar

☐

PAC

Pago Automático en Cuenta

☐ Cta. Corriente

☐ Cta. Vista

(Adjuntar carnet por ambos lados)

Banco:

☐

PAT

Pago Automático Tarjeta de Crédito

☐ Tarjeta de Crédito

☐ Ripley

☐ CMR

Nº de cuenta o tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma Titular:
