

# CUPÓN DONACIÓN



Nombre: .....

Apellidos: .....

NIF: .....

Domicilio: .....

Cod. Postal: .....

Población: .....

Provincia: .....

Teléfono: .....

E-mail: .....

## Importe:

- 12 €    18 €    30 €  
 60 €    100 €  
 Otro: \_\_\_\_\_ €

## Periodicidad:

- Mensual    Trimestral  
 Semestral    Anual  
 Única

## ¿Qué hacemos con tu aportación?

- 10 € es el coste de una intervención a un paciente con Hidrocefalia.
- 20 € es el coste de una intervención a un paciente con Espina Bífida.
- 30 € es el coste de una intervención a un paciente con Trauma Cerebral o Espinal.
- 35 € es el coste de una intervención a un paciente con Tumor cerebral (Craneotomía).

## Forma de pago:

Con cargo a mi tarjeta:    VISA

Otra: .....

Nº de tarjeta: ..... CSC.: ..... Fecha.Cad.: .....

Talón Bancario, nominativo a Fundación NED

Domiciliación Bancaria:   Nº de cuenta (20 dígitos)

.....

Cuenta para donativos a través de ingresos y transferencias: La Caixa, C/Jaime Roig, 1 – 46111 Rocafort (Valencia). Nº Cuenta: ES48 2100 5578 0202 0013 3288