

Formulario de Donación

Gracias por apoyar al USC Arcadia Hospital.

USC Arcadia
Hospital
Foundation
Keck Medicine of USC

SU INFORMACIÓN

Primer Nombre y Apellido : _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

OPCIONES DE PAGO

Por favor seleccione su método de donación preferido:

Por tarjeta de crédito:

Monto de mi donación*: Donación mensual de: \$2,500
\$83.33 (\$1,000.08/año) \$ _____
 \$1,000 \$ _____

**Si su donación o donaciones acumulan a \$1,000 o más anualmente, será reconocido como parte de nuestro grupo de donantes anuales "Partners in Health".*

Tarjeta de crédito/debito: VISA Mastercard AMEX Discover

Número de tarjeta: _____ Fecha de vencimiento: _____ CVV: _____

Solo complete si difiere a la información indicada en la primera sección del formulario:

Titular de la tarjeta: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por Cheque

Cheque pagadero a: "USC Arcadia Hospital Foundation"

Adjunto un cheque de \$ _____

Designe su donación a uno de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Area con mayor necesidad | <input type="checkbox"/> Cuidado cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Servicios de emergencia | <input type="checkbox"/> Salud materno-infantil |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de ataques or derrames cerebrales | <input type="checkbox"/> Otra area: _____ |

Para donaciones conmemorativas:

- En honor de: _____
- En memoria de: _____

COMPLETAR SU DONACIÓN

Por favor, envíe su formulario completo (con el cheque si corresponde) a:

USC Arcadia Hospital Foundation
300 W. Huntington Drive
Arcadia, CA 91007

¿Preguntas?

Favor de contactar a Magdalena Trigueros, Directora de fondos anuales: maggie.trigueros@med.usc.edu o 626.821.2340

USC Arcadia Hospital Foundation número de identificación fiscal #95-3407027.