
Nombre y apellido: _____

Programa realizado en el IAE y año: _____

Monto mensual a donar:

\$10 \$20 \$30 \$50 Otro Monto: _____

Autorizo que esta donación se debite de mi tarjeta de crédito.

Datos de la tarjeta:

Amex, Visa u otras (detallar cual): _____

Número de tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____

Código de seguridad: _____

Firma _____ Fecha _____

Vos ayudás,
ellos se esfuerzan,
todos ganamos.

Nota: La donación mensual al FAM, tanto la abonada con tarjeta de crédito como la debitada en cuenta bancaria, se renovará automáticamente a su vencimiento, salvo previo aviso.

Enviar por fax éste cupon al: 4809-5000 int.1050 o por mail al: fam@iae.edu.ar