

## Información del/la donante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Desea recibir su boletín mensual por correo electrónico? Sí  No

## Donación:

\$25

\$50

\$100

\$500

Otro: \$ \_\_\_\_\_

### Opciones de pago

Cheque adjunto

Visa

MasterCard

Discover

American Express

Nombre tal como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración: \_\_\_ / \_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Donación mensual: \_\_\_\_\_

Retiro de cuenta bancaria o cámara de compensación automatizada (Por favor adjunte el cheque cancelado)

Tarjeta de crédito

## Otros detalles:

Quisiera que mi donación sea en honor a/memoria de: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Prefiero/preferimos donar anónimamente.

Por favor envíenme información sobre cómo incluir a PPSO en mi plan de herencia.

**Envíe un correo a:** Atte.: Departamento de Desarrollo  
Planned Parenthood of Southwestern  
Oregon 3579 Franklin Blvd  
Eugene, OR 97403

**Preguntas:** [development@ppsworegon.org](mailto:development@ppsworegon.org)  
(541) 246-1019  
(541) 246-1016