



WOUNDED WARRIOR PROJECT® FORMULARIO GENERAL DE DONACION EN LINEA

Envíe este formulario junto con su donación a:

Wounded Warrior Project, P.O. Box 758518, Topeka, Kansas 66675-8518

Donativo Único: \$ _____

- Sí** Me gustaría ser un donante mensual y apoyar a los veteranos heridos con mi donación mensual de:
- \$19/ mensuales \$25/ mensuales \$30/ mensuales Otro \$ _____/ mensuales

Información del Donante:

Nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 País: _____ Número de Teléfono: _____
 Correo Electrónico: _____

- Sí, me gustaría recibir comunicaciones del WWP con información actualizada sobre los veteranos y sus programas.**
- Incluyo mi cheque a Wounded Warrior Project.** **Por favor carguen mi tarjeta de crédito.**

Información de Tarjeta de Crédito:

Tipo de Tarjeta de Crédito: AMEX Discover MasterCard Visa

Nombre del titular de la tarjeta: _____
 Número de Tarjeta: _____ Fecha de Vencimiento (Mes/Año):: _____
 Firma del Titular: _____

Información de Facturación:

(Completar si la dirección de facturación no es la misma del donante.)

Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Regalos **en Honor** o **en Memoria** de un Individuo:

**Nota: Wounded Warrior Project no revela el monto de la donación.*

Tipo de tributo: **En Honor de** **En Memoria de**

Nombre de tributo: _____ Apellido de tributo: _____

Envíen un reconocimiento de mi regalo a
 Nombre del Destinatario (Nombre / Apellido): _____
 Dirección del destinatario: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

