



FORMULARIO DE PETICIÓN DE CAMISA

Campaña: Cromosoma del Amor

Día Mundial del Síndrome Down: **21 de marzo de 2025**



Nombre	
Compañía	
Dirección Postal	
Ciudad	
Teléfono	
Correo electrónico	

<i>Tamaño</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Donativo por</i>	<i>Total</i>
<b>14-16 Youth</b>		\$14	
<b>Small</b>		\$14	
<b>Médium</b>		\$14	
<b>Large</b>		\$14	
<b>X-large</b>		\$14	
<b>2X- Large</b>		\$14	
<b>3X- Large</b>		\$14	
<b>Medias</b>		\$14	

**Métodos de pago:**

<input type="radio"/> <b>PAYPAL:</b> fpsd@sindromedownpr.com
<input type="radio"/> <b>CHEQUE</b>
<input type="radio"/> <b>ATH MOVIL/ DONATE:</b> FPSindromeDown
<input type="radio"/> <b>EFFECTIVO</b>
<input type="radio"/> Deducción automática mediante tarjeta de crédito
Máster Card _____ VISA _____
Nombre, según aparece en la tarjeta: _____
Numero de tarjeta: _____
Código de seguridad: _____ Fecha de expiración: ____/____/____

Yo, \_\_\_\_\_ autorizó se me retire de mi cuenta de cheque, crédito o Mastercard, el pago de camisas del Día Mundial del Síndrome Down 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha