

Breaking Ground

Centro de Actividades de la Parroquia

SOBRE DE DONACIÓN

FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN REQUERIDA.

CIÉRRELO Y ENVÍELO POR CORREO O LO DEJA EN LA CESTA DE LAS OFRENDAS

Nombre _____

Teléfono Casa _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Donación (total) \$ _____ sobre un período de 3 años. Anual Semestral Trimestral Mensual

Pago Inicial \$ _____ Fecha de inicio _____

Transferencia bancaria automática (necesita proporcionar un cheque anulado con el número de ruta y número de cuenta bancaria)

Tarjeta de Crédito # _____ Fecha de Expiración _____

Estoy de acuerdo en pagar la cantidad arriba indicada (firma/fecha)

Me gustaría donar _____ (cantidad) silla(s) por valor de \$50 cada una

En nombre de: _____ En memoria de: _____

Parroquia Católica de San Rafael
5801 Falls of Neuse Road
Raleigh, NC 27609

*Gracias por su
generosidad!*

Compromiso Total	Anual	Mensual	Semanal
\$30,000	\$10,000	\$833	\$196
\$25,000	\$8,300	\$691	\$161
\$15,000	\$5,000	\$415	\$91
\$10,000	\$3,300	\$277	\$63
\$5,000	\$1,600	\$138	\$32
\$3,000	\$1,000	\$83	\$19

*Based on a 3 year period.

Estoy consciente de las necesidades de toda nuestra comunidad parroquial y estoy de acuerdo en que este compromiso no me impedirá asumir los que actualmente mantengo con la Parroquia. (Chequear recuadro)