

PARRÒQUIA DE SANTA ANNA - HOSPITAL DE CAMPANYA



PROJECTE: DONACIÓ MENSUAL PER 25 ESMORZARS

FORMA DE PAGAMENT: MITJANÇANT REBUT DOMICILIAT

Periodicitat

INDEFINIDA

(Fins revocació)

IMPORT DONACIÓ MENSUAL

25 €

DADES DE LA PERSONA DONANT

NOM:

COGNOMS

DNI NÚMERO

LLETRA

CODI POSTAL DOMICILI

DOMICIALIÓ AL CTE. BANCARI: IBAN ES

e-mail

Telèfon

Enviar formulari complimentat per e-mail a:

parroquia@santaanna.org

Observacions:

