



MEDECINS SANS FRONTIERES
ΓΙΑΤΡΟΙ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ

ΞΕΝΙΑΣ 15 | 11527 | ΑΘΗΝΑ
T: 210 5 200 500 | F: 210 5 200 503

www.msf.gr

#meinemazimas

**Όσο μικρή και αν είναι η υποστήριξή σας,
η αξία της είναι μεγάλη για τους ασθενείς μας,
ειδικά όταν είναι σταθερή.**

Μείνετε μαζί μας. Σας ευχαριστούμε!

ΕΝΤΥΠΟ ΔΩΡΕΑΣ ΜΕ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ

⇒ **A/A:** | | | | | | | | | | ⇐ **(ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΩΡΗΤΗ)**

ΟΝΟΜΑ _____

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____

T.K. _____ ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ _____

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ _____ ΚΙΝΗΤΟ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____

e-mail _____

- Δεν θέλω να λαμβάνω ηλεκτρονική ενημέρωση (newsletter) από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα.
 Δεν θέλω να λαμβάνω έντυπη ενημέρωση από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα.

Συμπληρώστε τα στοιχεία σας, το ποσό και τη συχνότητα της δωρεάς σας και ταχυδρομήστε αυτό το έντυπο στους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα, Ξενίας 15, 11527 Αθήνα ή στείλετε το στο fax 210 5200503

EKA

Επιθυμώ να κάνω δωρεά μέσω της πιστωτικής μου κάρτας:

MASTERCARD VISA DINERS

Όνομα κατόχου: _____

Αριθμός Πιστωτικής Κάρτας

Λήξη Πιστωτικής Κάρτας
___ / ___ / ___

Συμπληρώστε το ποσό που θέλετε να δωρήσετε και τη συχνότητα της δωρεάς:

4€ 8€ 12€ 20€
 50€ 100€ ΑΛΛΟ _____

ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ ΚΑΘΕ 3 ΜΗΝΕΣ ΚΑΘΕ 6 ΜΗΝΕΣ ΕΤΗΣΙΑ ΕΦΑΠΑΞ

Ημ/νία _____ Υπογραφή: _____