



Ministerio de Ayuda Mutua  
para Enterramiento, Inc.

## FORMA PARA RETIRO DE FONDOS DE TARJETA DE CREDITO/DEBITO

Nombre completo del Miembro Sostenedor: \_\_\_\_\_

Número de Miembro \_\_\_\_\_ Iglesia \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Código Postal (Zip Code) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACION DE TARJETA DE CREDITO/DEBITO

(Marque solo uno)      \_\_\_ Visa      \_\_\_ Master Card

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Nombre como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Día del mes para el débito:    4-8 \_\_\_    16-19 \_\_\_    22-25 \_\_\_

**Nota: De esta fecha ser en fin de semana o día feriado el débito será el próximo día laborable.**

**FAVOR DE DESCONTAR LA CUOTA INICIAL DE MI CUENTA:**

### Autorización de Deducción Automática de Contribuciones

Por este medio autorizo al Ministerio de Ayuda Mutua para Enterramiento, Inc; debitar de mi tarjeta de crédito/débito arriba marcada el donativo de acuerdo con mi Reporte mensual de Aportaciones, a través de débitos automáticos. Acepto que una deducción automática será hecha a mi tarjeta por la cantidad total de Acuerdo con mi Reporte de Aportaciones además de \$1.00 adicional al monto total de mi Reporte mensual de Aportaciones para fines de procesamiento. Entiendo que la cancelación de esta autorización deberé someterla por escrito.

Por Favor adjunte a esta forma una copia de su identificación con foto para verificación.

Firma del Dueño de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\* Nota: Por Favor devuelva este acuerdo firmado en lugar de su aportación. \*\*\*\*

**La deducción autorizada usando su tarjeta se realizará a partir de este mes.**