

גלגלי אהבה

מסע האופניים הבינלאומי השנתי למען ילדי בית חולים אלן

תרומה בכרטיס אשראי באמצעות הפקס

(אנא מלאו בכתב יד ברור וקריא)

חסות להשתתפות (שם רוכב \ קבוצת רוכבים) _____ במסע.

פרטי תורם

שם: _____

כתובת: _____

יישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____

**תודה לך! בזכות תרומתך אנו יכולים להמשיך ולסייע לילדים המיוחדים
בבית חולים אלן לחזור לקהילתם ולתפקד בעצמאות המירבית!**

נא הקיפו את סוג כרטיס האשראי שברשותכם:

ישראכרט \ מאסטרכרט \ אמריקן אקספרס \ ויזה

מספר כרטיס:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תוקף: שנה \ חודש _____ סך ומטבע _____