

גלגלי אהבה

מסע האופניים הבינלאומי השנתי למען ילדי בית חולים אלן

תרומה באמצעות המחאה

(אנא מלאו בכתב יד ברור וקריא)

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

סמנו את סוג קבלה שברצונכם לקבל ורשמו את הצ'ק לפקודת המוטב הרלוונטי

(מודגש בקו)

לקבלה ישראלית – בית חולים אלן או Alyn Hospital (אנא רשמו בבירור בעברית

\ אנגלית באיזה שפה ברצונכם לקבל את הקבלה).

לקבלה מארצות הברית - American Friends of Alyn Hospital

לקבלה מקנדה - Friends of Alyn Canada

לקבלה מצרפת - Amis D'ALYN

לקבלה מהולנד - Stichting Vrienden van Het Alyn Hospital

לקבלה מאנגליה - Friends of Alyn London

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 המרבית!**

מצ"ב צ'ק בסך _____ במטבע _____