

**¡Sí! ¡Quiero apoyar la labor humanitaria de Operación Sonrisa!**

Por favor imprime este formulario y provee la información, y envíalo junto con tu donativo a:

**Operation Smile**  
**6435 Tidewater Drive**  
**Norfolk, VA 23509**



**Cambiando Vidas Una Sonrisa a la Vez**

Cada niño debe tener la habilidad de sonreír. Con su ayuda, nosotros podemos alcanzar a aquellos niños que nos necesitan. Su donativo ayudará a sanarlos, ofreciéndoles un futuro lleno de luz y risas.

**¡Quiero dar una nueva sonrisa a los niños que están en lista de espera!**

Envío mi donativo por:

\$240    \$120    \$80    \$60    \$20    Otra Cantidad \$ \_\_\_\_\_

**Favor de enviar el recibo a:**

Nombre completo (letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Oficina) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estoy enviando mi cheque en dólares americanos a nombre de Operation Smile

Favor de cobrar mi donativo a:  Mastercard  VISA  American Express  Discover

Número de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Proporciona Sonrisas Adicionales con Donativos Adicionales**

Mi lugar de empleo tiene un plan de igualar donativos. Lugar de Empleo \_\_\_\_\_

Favor de enviarnos tu formulario para donativos igualados y tu información de contacto.

**Únete a nosotros como Socio de Sonrisas Mensual.**

Sí, yo quiero ser un Socio de Sonrisas. Favor de cargar a mi tarjeta de crédito cada mes la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ cada mes. En los renglones anteriores proporcioné la información necesaria para obtener acceso a mi tarjeta de crédito de preferencia para dar mi donativo mensual como Socio de Sonrisas.

Favor de cobrar mi donativo mensual el mero día 15 de cada mes, o lo más cerca a esta fecha posible.

Favor de cobrar mi donativo mensual el mero día 15 de cada mes, o lo más cerca a esta fecha posible.

*Nota: Cada mes recibirá un estado de cuenta que incluirá su historial de donativos como Socio de Sonrisas. Podrá llamarnos por teléfono un cualquier momento para incrementar o hacer un cambio en su papel como Socio de Sonrisas.*

**Un Tributo de Sonrisas**

Podrás darle mención honorífica a un amigo o miembro de tu familia enviando un donativo a su nombre a Operación Sonrisa. Nosotros nos comprometemos a enviarle una carta de reconocimiento para informarle a la persona mencionada de tu generosidad y tú recibirás el recibo del donativo.

Este donativo es dado:

En honor a (escribir nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_

ó

En memoria de (escribir nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_

Favor de enviar la carta de reconocimiento a:

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Operation Smile es una organización de tipo 501 (c)(3). Donativos son deducibles de impuesto de acuerdo a las reglas y regulaciones del IRS.

**WEBML**