



IMPRIMA Y ENVIE ESTE FORMULARIO DE DONACION

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Adjunto mi cheque por:  
 \$100       \$50       \$25       \$10       Otra \$ \_\_\_\_\_  
Por favor, cargue a mi:  
 Visa  
  
 Mastercard  
  
 American Express  
  
 Discover  
Tarjeta de Crédito # \_\_\_\_\_  
Fecha de Expiración de la Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_  
Nombre (como aparece en la tarjeta de crédito) \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

*Envíe este formulario a:*

**Miami Lighthouse for the Blind**  
Financial Development Department  
601 SW 8<sup>th</sup> Avenue  
Miami, FL 33130

o llame al teléfono 305-856-2288