FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE CONTRIBUCIONES

WALK TO END ALZHEIMER'S
ALZHEIMER'S ASSOCIATION

Información del participante (complete de la manera más precisa posible)

Nombre del participante _____ Apellido _____

Dirección del participante _____

Ciudad del participante _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del equipo _____ Nombre de la caminata, ciudad, estado _____

Por favor incluya la información de contacto del donante a continuación para que reciban el reconocimiento de la donación.

Nombre del donador	Dirección/Ciudad/ Estado/Código Postal	Correo electrónico	Monto	Cheque*	Efectivo	Tarjeta de crédito**

Monto total recaudado: $ _____

**Haga los cheques a nombre de la Alzheimer's Association.*

***Dirija a sus donantes a su página personal de recaudación de fondos para hacer una donación en línea o descargar un formulario de donación de papel.*