



فرم مشارکت همکاری خیرین با
موسسه خیریه حمایت از کودکان با ناهنجاری های
مادرزادی (محکم)

شماره ثبت ۱۹۸۶۹

اینجانب

خوشحالم که در برنامه کمک به بیماران تحت پوشش موسسه حمایت از کودکان با ناهنجاری های مادرزادی (محکم) که زیر نظر خیرین محترم و جمعی از پزشکان متعهد اداره می گردد، شرکت نمایم.

ضمناً تعهد می نمایم مبلغ ریال

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> بصورت ماهیانه | <input type="checkbox"/> بصورت هر ۳ ماه یکبار |
| <input type="checkbox"/> بصورت هر ۶ ماه یکبار | <input type="checkbox"/> بصورت یکسال یکبار |
- پرداخت نمایم.

خداوند همه را برای کارهای خیر موفق بدارد.

امضاء

تاریخ

آدرس:

تلفن:

تلفن همراه:

آدرس: خیابان شهید مطهری، سهروردی شمالی، بن بست بیسه، پلاک ۱۰، واحد ۳

آدرس سایت: www.MOHKAM.com

شماره حساب های موسسه محکم:

۴۹۸۶۹۸۵۰۷ بانک کشاورزی، شعبه طالقانی - ولیعصر

۱۹۲۹۷۹۴۳۶۲ بانک ملت، شعبه داودیه

تلفکس: ۸۸۴۱۰۳۴۳

تلفن: ۸۸۴۳۴۳۶۳ - ۸۸۴۳۸۱۸۰ - ۸۸۴۱۵۳۳۴