



# DONOR CARD

Nombre del Contacto

Classificacion (seleccione uno)

	Privado <input type="checkbox"/>	Colector <input type="checkbox"/>	Institution <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Direccion

Correo electrónico

--	--

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono

--	--	--	--

## Como supo de nosotros?

AFAI sitio Web.....

Revistas: .....

Amistades: .....

Prensa: .....

Evento especial: .....

Postales: .....

Otros: .....

Deseo estar en lista de correos de AFA

## Fuente de los medicamentos

Reserva personal

Amigos de la familia

Organización

Proveedor de salud

Farmacia

Cliente

Other

Esta es mi  
primera donación

No, He donado en  
el pasado

Por favor envíeme información promocional del Programa de Reciclaje