

Formulir Program Adopsi Kesehatan

Jumlah anak yang diadopsi: _____ orang

Jumlah Donasi:

Donasi Kesehatan : Rp. _____ /bulan

Jenis Pembayaran:

Cash : untuk donasi selama : _____ bulan

Transfer :
ke rekening a/n Yayasan Sukma:

BCA CABANG KEDOYA BARU
No. Rekening: 309.301.7974 (Rupiah)

BANK MANDIRI CABANG PLAZA MANDIRI
No. Rekening: 070.001.555555 (Rupiah)

BANK SYARIAH MANDIRI PUSAT
No. Rekening: 009.000.0099 (US Dollar)

Dengan ini saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan persetujuan untuk menjadi Orang Tua Asuh sesuai dengan pilihan yang saya tentukan di atas.

Nama : _____

No. ID : _____

Alamat : _____

Tanda Tangan : _____