**PANAMERICAN TRAUMA SOCIETY**

**SOCIEDAD PANAMERICANA DE TRAUMA**

**SOCIEDADE PANAMERICANA DE TRAUMA**

MCV Campus, West Hospital ~1200 E. Broad Street ~ 16th Floor Room G-16-210, East Wing

P.O. Box 980454 Richmond, VA 23298-0454 ~ Telephone: (804)827-0242 ~ FAX: (804) 828-6421

[www.panamtrauma.org](http://www.panamtrauma.org)



 **Donation Pledge Form**

*Please print and complete this donation pledge form and mail it to: gshanklin@ vcu.edu*

**Donor Information**

Name ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Billing Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City State \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip

☐ Yes, I (we) wish to have our donation remain anonymous.

# Pledge Information

 I (we) pledge a total contribution of $ to be paid:

☐ On (date) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ or pay in instalments: ☐ monthly ☐ quarterly

☐ Please contact me about Planned Giving Opportunities.

*Thank you for supporting the Panamerican Trauma Society Foundation! Your gift will allow our mission to come to life. The PTS aims to encourage surgeons and health care personnel who take care of the injured patients in the Americas to exchange knowledge and information in the Americas.*

*Contributions are tax deductible within the limits of US federal and state law.*

***……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………..***

**Formulario de Compromiso de Donación**

*Por favor, imprima y complete este formulario y envíelo por correo electrónico a: gshanklin@ vcu.edu*

 **Información del Donante(s)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Facturación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zip Code / Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Sí, deseo hacer esta donación de forma anónima.

# Información de Compromiso

Me comprometo (Nos comprometemos) a una donación total de $ a ser pagado:

☐ en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o voy a pagar en cuotas: ☐ mensual ☐ trimestral

☐ Por favor, póngase en contacto conmigo acerca de oportunidades de donaciones planificadas.

*¡Gracias por el apoyo a la Fundación de la Sociedad Panamericana de Trauma! Su donación permitirá que nuestra misión se convierta en una realidad. El SPT tiene como objetivo fomentar los cirujanos y personal de atención de la salud que cuidan de los pacientes con lesiones en las Américas para el intercambio de conocimientos e información en las Américas.*

*Las contribuciones son deducibles de impuestos dentro de los límites de las leyes federales y estatales de los Estados Unidos*.