



Health Care for All - California

www.healthcareforall.org

888-442-4255 (se habla sólo inglés)

La formulario para los miembros nuevos o para los que renueven su apoyo a la Health Care for All - California

¡Sí! Quiero ayudar en la campaña para ganar el cuidado de la salud para todos los que viven en California, usando un sistema de pagador único. ¡Todos estamos incluidos! ¡Nadie está excluido!

Mi cheque para ser miembro, pagado a la HCA-CA, está adjunto (por favor escriba "Miembro" en la línea donde se lee "Memo").

\$500 \$250 \$100

:

\$50 \$25 Otro _____

La duración de su membresía es 12 meses.
No se puede deducir su contribución de sus impuestos.

Para los que usan tarjetas de crédito, marque una:

VISA MASTERCARD

El número de la tarjeta _____

La fecha de expiración _____ CVV# _____

Su nombre como aparece en la tarjeta _____

Su firma _____

* Se requiere su dirección de correo electrónico si usa tarjeta de crédito.

Su nombre _____ Su teléfono _____

Su dirección de correo electrónico _____

Su dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Envíe este formulario lleno a: HCA-CA, P.O. Box 5833, Novato, CA 94948. Alternativamente, suscríbese por la internet (sólo en inglés) en <http://www.healthcareforall.org>. Haga click en "JOIN US". ¡GRACIAS! (Miguel 12-11)